

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANASTOMOSES CHOLÉCYSTO-DIGESTIVES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 novembre 1929

PAR

Jean-Gérard-Pierre-Étienne MARTINEAU

Né à SAINT-SYMPHORIEN (Gironde), le 2 août 1903.

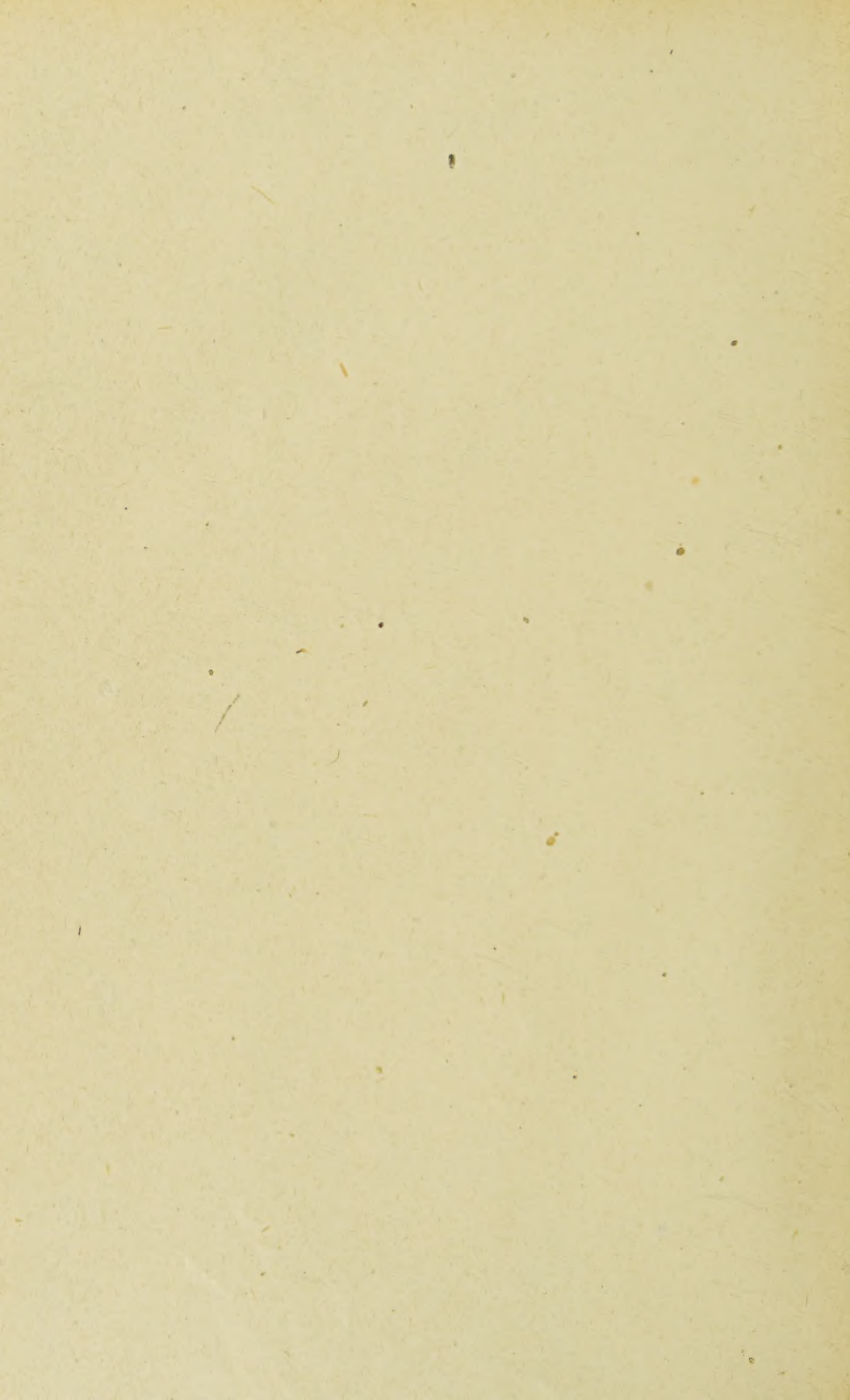
Examineurs de la Thèse	}	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		PETGES, professeur	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 7

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANASTOMOSES CHOLÉCYSTO-DIGESTIVES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 15 novembre 1929

PAR

Jean-Gérard-Pierre-Étienne MARTINEAU

Né à SAINT-SYMPHORIEN (Gironde), le 2 août 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		PETGES, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie ..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de toute ma gratitude et
de toute mon affection.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉLIX PAPIN

*Chargé du Cours complémentaire de Médecine opératoire,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Qui nous a suggéré le sujet de cette thèse et nous a conseillé au cours de ce travail, nous exprimons notre vive gratitude : ce n'est qu'un faible hommage rendu à la grande sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Son enseignement fut pour nous chose
précieuse. Qu'il veuille bien recevoir ici
l'hommage de notre profonde reconnaissance et de notre grande admiration.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANASTOMOSES CHOLÉCYSTO-DIGESTIVES

HISTORIQUE

Lorsque le canal cholédoque est obstrué ou comprimé par une lésion qui ne peut être extirpée, entraînant le syndrome clinique ictère par rétention, pour assurer la dérivation de la bile, deux voies sont possibles :

D'une part, le drainage permanent à l'extérieur, de la vésicule;

D'autre part, l'anastomose de la vésicule avec un segment du tube digestif (estomac, intestin grêle, côlon). Nous ferons abstraction de la première, pour ne nous occuper que des anastomoses entre vésicule et estomac (cholécysto-gastrostomie) et entre vésicule et duodénum (cholécysto-duodénostomie).

La première opération faite pour anastomose biliodigestive fut la cholécystentérostomie. S'il est vrai que l'idée en fut émise par Nussbaum, c'est von Winiwarter qui effectua la première tentative : ce ne fut d'ailleurs qu'un essai timide et incertain, qui ne nécessita pas moins de 6 interventions sur le même malade. La première opération en un temps fut faite

par Monastyrki le 4 mai 1887, puis par Kappeler le 8 juin. Socin la répéta le 19 novembre.

La première cholécysto-duodénostomie fut réussie chez l'homme en 1887 par Bardenheuer. Après lui, Mayo Robson obtint de bons résultats. En France, ce fut Terrier qui pratiqua le premier, le 13 juillet 1889, la cholécysto-duodénostomie.

L'anastomose de la vésicule à l'estomac fut longtemps délaissée. Les médecins vivaient en effet sous l'emprise d'une donnée physiologique remontant très loin dans le temps, puisque Galien la professait déjà, et qui portait que l'arrivée de la bile dans l'estomac supprimait complètement la fonction de cet organe. Les travaux d'Oddi, les expériences de Dastre, vinrent, en 1890, détruire cette assertion. Malgré tout, ce ne fut qu'en 1892 que Max Wickoff et Angelberger pratiquèrent la cholécysto-gastrostomie : les suites furent excellentes. En 1894, Gersuny, de Vienne, la pratiqua à son tour.

Elle ne devint vraiment courante que beaucoup plus tard.

En France, à la cholécysto-gastrostomie s'attacha tout d'abord le nom de Jaboulay. Puis ce furent Terrier, Tuffier, Hartmann, Delbet, Gosset, Dujarrier, Mathieu, et tout récemment l'Ecole lyonnaise, avec Delore, Wertheimer, Villard, Cotte, Bérard, Mallet-Guy, qui prônent la cholécysto-gastrostomie au-dessus de tout autre anastomose biliodigestive.

La controverse existe entre partisans de l'anastomose gastrique et partisans de l'anastomose duodénale. Nous nous proposons dans ce travail d'analyser ces deux différentes voies de dérivation biliaire et de conclure si l'une est supérieure à l'autre ou si elles présentent toutes les deux à peu près les mêmes avantages.

PHYSIOLOGIE DE LA VESICULE BILIAIRE

La vésicule biliaire, dont la pathologie est constamment remaniée, reste un des rares organes de l'économie qui n'ait pas sa physiologie nettement établie. Des auteurs comme Woods Hutchinson ont même pu dire que le cholécyste est un organe vestigial dépourvu de rôle dans l'organisme. Ils ont invoqué à l'appui de leur théorie l'exemple de l'éléphant, du rat et du cheval, tous animaux ne présentant pas à l'état normal de réservoir biliaire. Ces mêmes auteurs ont pu rapprocher la vésicule et l'appendice par leur soi-disant inutilité pratique.

Beaucoup de médecins, beaucoup de chirurgiens, se sont ralliés à cette thèse, et la conclusion pratique devenait que le seul point intéressant dans la question était de savoir le moment le plus propice pour débarrasser l'organisme d'un organe sans objet. Puisqu'il nous a été permis de traiter un sujet dans lequel il est justement question de conserver cette vésicule biliaire, puisque, comme on le verra au cours de ce travail, à l'opération radicale, qui était pourtant très défendable, on a préféré maintes fois l'opération conservatrice, qu'il nous soit permis de dire quelques mots de la physiologie de la vésicule biliaire.

Nous appuyant sur les travaux de MM. Chiray⁽¹⁾ et Pavel, nous pouvons dire que la vésicule remplit les fonctions suivantes :

Rôle de réservoir biliaire. — Se basant sur la dysharmonie qui existe entre la quantité de bile sécrétée par le foie au

(1) Chiray et Pavel, *Physiologie de la vésicule biliaire* (Presse médicale 30 mai 1925).

cours des vingt-quatre heures (800 à 1.200 cc.) et la capacité vésiculaire, qui varie de 30 à 50 centicubes selon les auteurs, les fonctions de la vésicule au titre de réservoir biliaire ont fait l'objet de maintes critiques. Ces critiques résultent d'une mauvaise interprétation des faits. Il ne faut pas, en effet, oublier que la sécrétion nycthémerale du foie est essentiellement discontinue : elle augmente au cours de la digestion sous l'influence de la sécrétine. A ce moment, le sphincter d'Oddi est largement ouvert et donne libre cours au flux hépatique : la bile excrétée dans ces conditions ne peut entrer en ligne de compte dans la quantité que peut emmagasiner la vésicule. D'autre part, à chaque repas, c'est-à-dire trois fois par jour, la vésicule déverse son contenu dans le duodénum, et trois fois par jour aussi elle reçoit de nouveau dans sa cavité une certaine quantité de bile. Ajoutons à cela que la vésicule est capable de concentrer cette bile par absorption d'eau et de la réduire des $\frac{2}{3}$, voire même des $\frac{3}{4}$ de son volume, et l'on se rend compte dès lors que, malgré sa faible capacité, elle peut efficacement remplir son rôle de réservoir.

La vésicule est un réservoir doué de pouvoir contractile. — La contractilité de la vésicule est patente, ainsi que le montrent les tracés pris par MM. Chiray et Pavel. Le muscle vésiculaire a une disposition réticulée qui lui donne un pouvoir de rétraction sur tous les diamètres. Un savant japonais, Iwao Matsuo, observant sur l'homme endormi et laparatomisé l'influence du sulfate de magnésie sur l'évacuation de la bile et par conséquent, sur la contraction vésiculaire, a constaté que, parallèlement et proportionnellement à l'écoulement de la bile, diminuaient la longueur et la largeur de la vésicule.

Dans la vie physiologique normale, la contraction vésiculaire est mise en mouvement par un réflexe d'origine duodénale au moment de la digestion. « Le nerf pneumogastrique est excito-moteur pour la vésicule et agit indirectement sur celle-ci par l'intermédiaire d'un système nerveux propre, les ganglions automoteurs. » La mise en jeu du réflexe vésiculaire paraît sous la dépendance du passage dans le duodénum

des albumoses, des peptones et de l'acide chlorhydrique que donne la digestion gastrique (cette action des albumoses et des peptones sur la production du réflexe est démontrée par l'épreuve de Stepp, transposition allemande de l'épreuve de Meltzer-Lyon : dans cette épreuve, pour obtenir la bile vésiculaire, on pratique une injection intraduodénale d'une solution de peptone à 5 ou 10 p. 100). Sous leur influence, la bile accumulée entre deux repas est projetée dans l'intestin et vient augmenter le pouvoir du duodéal.

« En somme, le rôle de réservoir contractile nous apparaît comme la fonction principale de la vésicule, fonction qui passe par deux étapes sans cesse alternantes. Tantôt c'est la phase passive, qui commence au moment où, après la digestion duodénale, le sphincter d'Oddi fermé détermine le reflux biliaire vers le cholécyste inerte. Tantôt vient la phase active, qui commence au début de la digestion duodénale suivante, quand le réservoir biliaire projette son contenu dans l'intestin sous l'action du réflexe dont nous avons parlé. »

La contractilité de la vésicule joue, on le voit, en physiologie normale, un rôle important. Il s'ensuit que le moindre trouble apporté à cette fonction aura dans l'organisme un retentissement tel qu'il pourra parfois motiver une intervention, ce dont nous parlerons plus tard.

La vésicule a une fonction de concentration. — La bile perd au cours de son séjour dans la vésicule une grande partie de son eau et concentre par là les autres éléments qu'elle contient. En comparant la bile hépatique et la bile vésiculaire, on a donné des chiffres de concentrations variant de 3 à 8; actuellement, on est porté à considérer comme normale une concentration de la bile vésiculaire ne dépassant pas quatre fois celle de la bile hépatique.

La vésicule a un pouvoir absorbant sur les éléments autres que l'eau constituant la bile. — On a parlé d'absorption de cholestérine, mais, d'après Policard, la présence de cholestérine dans les cellules de la muqueuse vésiculaire serait plutôt liée à des mutations intracellulaires des graisses qu'à une absorption directe du corps en question.

De même Policard a nié l'absorption des pigments biliaires. « En somme, la fonction absorbante de la vésicule paraît de peu d'importance. Les seuls corps pour lesquels elle puisse être admise sans conteste sont les graisses, et, à cet égard, la muqueuse cholécystique ne saurait être mise en parallèle avec la muqueuse intestinale, son rôle étant absolument infime par rapport à celui qui est dévolu à cette dernière. »

La vésicule a une fonction de sécrétion. — L'épithélium vésiculaire sécrète, en effet, chez l'homme, une mucine. C'est là sa seule fonction sécrétoire. Lude a prétendu que la vésicule produit une hormone à action excito-sécrétoire sur le foie et sur le pancréas. M. Lambret a émis l'hypothèse suivante : « Il est permis de penser que la partie aqueuse de la bile résorbée par la paroi vésiculaire pour sa concentration doit agir sur l'organisme à la façon de produits endocriniens. » Les preuves manquent pour asseoir une telle théorie.

En définitive, « la vésicule nous apparaît comme un réservoir actif, c'est-à-dire contractile, exerçant par ailleurs une forte concentration sur la bile qu'il contient, absorbant quelques éléments, graisses neutres et, peut-être, cholestérine, enfin sécrétant du mucus en quantité plus ou moins abondante. C'est évidemment la fonction de réservoir contractile qui est de beaucoup la plus importante ».

INDICATIONS DE LA CHOLECYSTO-ANASTOMOSE

Nous allons voir dans ce chapitre combien sont multiples les indications de la cholécysto-anastomose; et, déjà, l'on peut dire que la principale, celle qui domine de beaucoup toutes les autres, réside dans l'oblitération chronique du cholédoque, ne pouvant pas être traité directement : ictère par rétention avec grosse vésicule, telle sera la grande indication de la cholécysto-anastomose. Ce qui veut dire, en pratique, qu'il s'agira d'une obstruction cholédocienne non calculeuse avec, condition évidemment primordiale, vésicule et cystique perméables.

Toutefois, même dans ce cas, il n'apparaît pas qu'on doive systématiquement faire une anastomose. L'oblitération peut être le fait d'une cause extracanaliculaire, — adhérences ou brides, — dont la simple libération suffira à redonner au canal son calibre normal. Il n'en reste pas moins des cas, extrêmement nombreux, pour lesquels l'anastomose demeure la seule solution logique à envisager.

En pratique, l'intervention peut être indiquée :

- pour dériver la bile : opération de dérivation;
- pour drainer les voies biliaires : opération de drainage.

A. — RÉTRÉCISSEMENTS NON CALCULEUX.

Se traduisent en clinique par le syndrome ictère par rétention.

a) RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX. — C'est l'appellation de Moyniham.

Ces rétrécissements s'accusent souvent dès la naissance et peuvent être dus, suivant la classification de M. P. Mathieu⁽¹⁾ à des causes multiples tenant :

- 1° soit à une malformation extracanaliculaire congénitale;
- 2° soit à une malformation intracanaliculaire congénitale (valvulaire);
- 3° soit à un rétrécissement inflammatoire (intra-utérin)

La première variété consisterait dans une anomalie vasculaire (artère duodénale ou cystique surcroisant le conduit et l'enserrant d'assez près pour occasionner un rétrécissement). Cependant aucune observation n'a pu faire accuser les vaisseaux de remplir un tel rôle. Peut-être occasionneraient-ils des coudures d'un conduit déjà distendu sous l'influence d'une cause indéterminée.

La deuxième variété, le rétrécissement valvulaire congénital, n'est pas inconnue. Les observations, toutefois, ne permettent pas de l'affirmer; cependant on ne peut nier son existence à cause des faits suivants :

1° On a constaté dans certains cas le rétrécissement à forme valvulaire (Russel);

2° On a signalé fréquemment, à défaut de valvule, « une angustie normale de l'embouchure du cholédoque dans le duodénum », niveau auquel, en général, siège le rétrécissement congénital.

Reste la théorie du rétrécissement inflammatoire développé au cours de la vie intra-utérine. Pour M. Mathieu, le proces-

(1) *Revue de chirurgie*, 1908.

sus angiocholitique ne fait pas de doute dans la genèse des oblitérations congénitales :

« Ainsi une toxi-infection maternelle, atteignant le foie, puis les voies biliaires, occasionnerait l'angiocholite oblitérative diffuse ou localisée; celle-ci pourrait évoluer après la naissance, aboutir assez tardivement à la sténose vraie totale (cas de Trèves) ou partielle (cas de Körte). Il en est pour ces rétrécissements comme pour les rétrécissements urétraux, apparaissant très tard après le début de la blennorrhagie. Cette sténose est d'autant plus facile chez le fœtus ou l'enfant, que ses voies biliaires ont une lumière très petite, encore rétrécie par les plissements de la muqueuse plus notables que chez l'adulte..... L'angiocholite du fœtus donne à un degré de plus au lieu du rétrécissement l'oblitération congénitale des voies biliaires. Ce processus oblitératif, dans un cas (cas de Trèves), semble même avoir évolué après la naissance. »

b) RÉTRÉCISSEMENTS ACQUIS :

1° *Inflammatoires*. — Ces rétrécissements dérivent le plus souvent d'une ulcération, qui est ordinairement due à la présence d'un calcul biliaire. Ces sténoses scléro-cicatricielles peuvent être limitées au seul cholédoque, ou bien être diffuses, étendues au cystique et à l'hépatique, rendant inutilisable la voie accessoire. La plupart des auteurs admettent à l'heure actuelle que ces cholédocites sont une séquelle de l'angiocholite surajoutée et ne peuvent être causées par la lithiasie seule. Quelquefois ces rétrécissements sont consécutifs à une cholédocite soit éberthienne, soit bacillaire, soit Σ .

2° *Cicatriciels* :

- 1° Cicatrice sténosante après intervention sur le cholédoque;
- 2° Blessure de la voie principale par arme à feu (plaie de guerre)⁽¹⁾;
- 3° Cicatrisation d'un ulcus duodénal au niveau de l'ampoule de Vater.

(1) Gosset, Soc. de chirurgie, mai 1916.

Dans ce cas, c'est souvent à l'anastomose cholécysto-digestive qu'on s'adressera comme étant plus facile, moins grosse de conséquences opératoires que les autres interventions possibles et répondant le mieux aux besoins du moment.

c) RÉTRÉCISSEMENTS NÉOPLASIQUES. — Cancer du cholédoque ou cancer de l'ampoule de Vater. Bien qu'elle ait dans ce dernier cas permis des survies assez appréciables, l'anastomose cholécysto-digestive n'est plus admise aujourd'hui que comme premier temps de la duodénectomie. De par sa situation, en effet, le cancer vatérien donne des signes cliniques tels que l'ictère, précocement appréciable et permettant une opération radicale. Dans un premier temps, on fera donc une cholécysto-anastomose; trois ou quatre semaines après, lorsque le malade sera un peu remonté et que l'ictère aura disparu, nouvelle intervention : duodénectomie avec rétablissement de la continuité du tube digestif par une gastro-entérostomie.

B. — RÉTRÉCISSEMENTS PAR COMPRESSION.

a) PAR LÉSION DU PANCRÉAS. — C'est là la principale et, si l'on peut dire, « la meilleure » indication de la cholécysto-anastomose. Cette intervention, qui n'est que palliative dans le cancer, est vraiment curatrice dans le cas de pancréatite. Mais, dans bien des opérations, il est un facteur essentiel de bon résultat : c'est la précocité de l'intervention. Or, chez un sujet atteint d'ictère par rétention, le foie s'altère toujours. L'insuffisance hépatique qui en découle favorise l'hémorragie postopératoire, conséquence fréquente et redoutable. De plus, alors qu'on était en droit d'attendre la disparition de l'ictère après l'anastomose de dérivation, on voit les malades conserver leur teint jaune. Opérés trop tard, ils sont devenus des cirrhotiques biliaires.

1° *Cancer de la tête du pancréas.* — Ici, le souci thérapeutique qui guide le chirurgien est certes mis à l'épreuve. L'exérèse partielle du pancréas ne saurait passer pour une opération dûment réglée. On ne peut oublier le péril grave de cette

extirpation et, d'autre part, la brièveté des survies. Aussi la cholécysto-anastomose semble-t-elle la plus préférable d'emblée. Elle entraîne la disparition de l'ictère et des phénomènes cutanés et nerveux qui l'accompagnent.

L'état général du malade s'améliore rapidement, et l'on cite des cas dans lesquels les opérés se sont ainsi maintenus pendant deux ans (Kehr).

Puisqu'il nous est possible de donner au malade un espoir de guérison, humainement, nous le devons!...

D'autre part, il est souvent très difficile de faire macroscopiquement, après laparatomie, le diagnostic entre cancer et pancréatite chronique simple. Or, dans cette dernière, les résultats sont vraiment excellents : il n'est donc pas tout à fait indiqué, on le conçoit, de faire courir au patient les risques d'une exérèse partielle du pancréas.

2° *Pancréatites*. — L'indication de l'anastomose est ici absolue. Il est cependant des cas où l'on a pu discuter de son opportunité. Une pancréatite chronique qui entraîne un ictère par compression de la partie inférieure du cholédoque peut être d'origine biliaire, mais peut être due aussi à un ulcus digestif. Et, pour MM. Villard et Richer (1), l'indication de l'anastomose paraît ici tout à fait relative, du moins en apparence. Ils se demandent, en effet, si en agissant contre la lésion qui a amené l'apparition de la pancréatite, on ne déterminerait pas la rétrocession de celle-ci. Il est difficile de préciser dans quelle mesure l'exérèse d'un ulcère peut améliorer une pancréatite chronique secondaire. En tout cas, pour eux, lorsque cette pancréatite est assez intense pour entraîner un ictère par compression, celui-ci se trouve alors placé au premier plan et réclame d'urgence l'anastomose de dérivation. N'oublions pas, au surplus, que les sujets ictériques par obstruction cholédocienne, parfois de date ancienne, ont toujours un certain degré d'insuffisance hépatique qui assombrit le pronostic opératoire et doit mettre en garde contre une opé-

(1) *Revue de chirurgie*, 1923.

ration trop importante, que l'on serait peut-être tenté de pratiquer.

Pancréatite hémorragique. — L'anastomose de dérivation peut trouver ici une autre indication. Depuis les expériences de MM. Brocq et Morel, on sait que la pénétration de la bile dans le canal de Wirsung produit ce drame brusque qu'est la pancréatite hémorragique avec ses taches de stéatônécrose si caractéristiques. Un obstacle siégeant dans l'ampoule de Vater favorise le reflux de bile dans le canal de Wirsung. Lorsque le drame est rapide, il est évident que toute thérapeutique devient illusoire. Mais il est des cas où cette pancréatite procède par poussées, et dans ces cas l'anastomose de dérivation paraît nettement indiquée. Et M. Delbet, rapporteur des expériences de MM. Brocq et Morel à la Société de chirurgie, en 1914, cite l'observation d'un homme chez qui les poussées successives de pancréatite hémorragique se traduisaient par des phénomènes d'occlusion, et qui finalement mourut de pancréatite suraiguë. Nous reproduisons ici l'opinion qu'il a émise à propos de ce cas : « Si j'avais su à cette époque ce que nous apprennent les très belles expériences de Brocq et Morel, j'aurais immédiatement sectionné le cholédoque et abouché le vésicule dans une anse grêle. »

3° *Kyste du pancréas.* — Qu'ils soient glandulaires, que ce soient des kystes hydatiques, même des pseudo-kystes hémorragiques, les tumeurs qu'ils entraînent peuvent par compression provoquer un ictère par rétention. Si le kyste est pédiculé, si son extirpation est facile, il va de soi que l'opération radicale est indiquée. Si, au contraire, le kyste est peu accessible, s'il s'accompagne de péripancréatite, la marsupialisation restera impuissante et l'anastomose cholécysto-digestive doit trouver là une indication.

b) *PAR PÉRITONITE ADHÉSIVE.* — Ce peut être une péricholécite ou une périoduodénite consécutives à un ulcus duodénal; de même des périviscérites bacillaires donnant des néoformations qui englobent le cholédoque et rétrécissent sensiblement sa lumière. Dans certains cas, il est pos-

sible de libérer le cholédoque de ses entraves. Mais la plupart du temps il n'y faut pas songer, car le conduit biliaire s'est sclérosé, s'est atrophié, au point que toute tentative cherchant à lui redonner son calibre normal reste vaine. Il faut donc s'adresser à la voie de dérivation la plus naturelle et faire une cholécysto-anastomose.

Je citerai ici, en passant, à titre de rareté comme agent de compression, l'anévrisme de l'artère hépatique. Si ce dernier est au-dessus des ressources soit de la chirurgie radicale, soit de la chirurgie réparatrice, le seul traitement possible reste la cholécysto-anastomose.

C. — FISTULES CHOLÉDOCIENNES.

Les indications de la dérivation biliaire sont ici assez rares. Ces fistules apparaissent souvent après une intervention assez importante, dans laquelle, en général, la cholécystectomie a été pratiquée. La cause la plus fréquente de ces fistules réside dans la persistance d'un calcul au niveau de la partie inférieure du cholédoque, calcul oublié ou passé inaperçu. Parfois cependant la fistule existe sans qu'il reste un calcul et avec vésicule biliaire intacte. Il faut alors s'adresser à la cholécysto-anastomose, anastomose biliaire de dérivation.

Mais la cholécysto-anastomose n'est pas seulement une opération de dérivation, elle peut aussi servir d'opération de drainage.

II. — Cholécysto-anastomose pour drainage.

Certains chirurgiens ont employé l'anastomose cholécysto-digestive pour drainer une bile infectée. Les cas dans lesquels cette thérapeutique peut être employée sont de deux catégories. Il peut s'agir de l'infection des voies biliaires directes (angiocholite, cholédocite), soit de la voie principale (cholécystite).

a). — 1° Dans ces infections hépato-cholédociennes de nature indéterminée, on a utilisé avec succès la cholécysto-gas-

trostomie. Withe prétend que la « cirrhose obstructive biliaire » relève d'une infection ascendante et rapporte trois cas d'ictères guéris par l'anastomose.

M. Cotte ⁽¹⁾ a signalé les bons résultats, qu'il avait obtenus par la cholécysto-gastrostomie dans le traitement des angiocholécystites non calculeuses. M. Mathieu avait, avant lui, fait connaître plusieurs observations de crises douloureuses d'origine biliaire guéries par cette opération.

Cette façon de voir, les bons résultats de cette opération, n'ont pas été confirmés par tous les chirurgiens. On a cité des insuccès dus la plupart du temps à une erreur de diagnostic (ulcère duodénal passé inaperçu). D'autres n'ont pas invoqué l'erreur de diagnostic : pour eux, il y aurait à l'origine de ces cas d'angiocholites une inflammation du cholédoque, et cette cholédocite s'est secondairement transformée en angiocholite avec ictère. C'est pourquoi le drainage cholédocien, pensent-ils, est une thérapeutique plus directe que la cholécysto-gastrostomie. On reproche à la cholécysto-gastrostomie de créer un état anatomique définitif : « La confection d'une anastomose biliodigestive ne peut être admissible que s'il y a une lésion anatomique permanente, tel un rétrécissement, et non pour une inflammation passagère. » (Villard et Richer). M. Cotte n'en pense pas moins « qu'à condition d'être faite dans des cas bien choisis, la cholécysto-gastrostomie peut rendre de grands services et peut amener la guérison des malades ».

2° Dans les infections vésiculaires légères, on peut discuter de l'opportunité d'une anastomose, conservant la vésicule et réservant l'avenir. Mais pour MM. Villard et Richer, « l'exérèse vésiculaire est le meilleur traitement contre des accidents qui ont été assez accentués pour imposer l'acte chirurgical; et l'exérèse est d'autant plus défendable qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de dégénérescence d'une vési-

(1) Soc. de chirurgie de Paris, avril 1923.

cule enflammée, dégénérescence plus fréquente qu'on ne l'accuse d'ordinaire ».

3° Reste la question de la lithiasé. Il est indiscutable que l'anastomose opératoire de la vésicule et du tube gastro-intestinal n'est commandée et légitimée que par l'impossibilité avérée de rétablir la voie normale et directe, c'est pourquoi cette intervention n'est pratiquée dans la lithiasé biliaire que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Pourtant, bien que les indications de l'anastomose se soient ici réduites au minimum, en 1906, von Bardeleben (1) relatait que, sur 286 interventions pour calculs biliaires, 13 fois la vésicule avait été anastomosée à l'intestin parce que le calcul, mal accessible, aurait nécessité une intervention trop longue et trop dangereuse chez des malades déjà cholémiques, exposés aux hémorragies et peu résistants. Encore faut-il, comme le remarque von Bardeleben, fait qui s'est produit par un heureux hasard chez ses opérés, que la vésicule soit utilisable. Or, elle ne l'est que bien rarement dans les occlusions lithiasiques du cholédoque.

Il peut arriver aussi, au cours d'une intervention et malgré une exploration méthodique, qu'un petit calcul oblitérant soit passé inaperçu, soit que les manœuvres en aient provoqué l'expulsion, soit que l'on constate seulement le retentissement inflammatoire de la lithiasé sur le pancréas, sur les ganglions, sur les parois mêmes du cholédoque. Dans ces cas, uniquement, et pour les raisons que nous venons d'indiquer, on pourra préférer l'anastomose au drainage vers l'extérieur (Delore et Wertheimer).

b) CIRRHOSÉ BILIAIRE. — Au point de vue pathogénique, on ne sait comment interpréter ces cirrhoses biliaires hypertrophiques. On a admis, avec M. Lereboullet, qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse, à porte d'entrée biliaire, se développant sur un terrain prédisposé, ce qui expliquait les poussées de température souvent remarquées au cours de cette maladie.

(1) Von Bardeleben, *Erfahrungen über cholecystektomie und cholecystenterostomie nach 286 gallenstein Laparatomen*, Iéna, 1906.

De là était venue l'idée de traiter cette infection par le drainage des voies biliaires.

La cholécysto-anastomose a été ainsi choisie plusieurs fois comme opération de drainage et, nous l'avons déjà signalé plus haut, Withe rapporte trois cas de « cirrhose obstructive biliaire » guérie par l'anastomose cholécysto-gastrique. Et M. Cotte, dans un rapport à la Société de chirurgie de Lyon, cite l'observation d'une malade chez qui, en présence d'un cas identique, et pour ne pas la soumettre à tous les ennuis d'une fistule biliaire, il a fait une cholécysto-gastrostomie. Cette intervention a amené la chute de la température et a été suivie d'une diminution de volume du foie. Quelles en seront les suites éloignées ? Il n'ose les prévoir, mais paraît très optimiste sur l'avenir de la cholécysto-gastrostomie comme traitement de la cirrhose hypertrophique biliaire.

(Dans un article récent, M. Cotte présente de nouveau cette malade, revue après six ans : le résultat éloigné est excellent ; persistance de la guérison. Le foie ne déborde plus les fausses côtes.)

c) CHOLÉCYSTATONIE ET STASES VÉSICULAIRES. — Ces états atoniques et hypotoniques de la vésicule biliaire ont été mis en valeur par les travaux de MM. Chiray et Pavel : « La cholécystatonie est caractérisée anatomiquement par une simple distension du réservoir biliaire, distension plus ou moins marquée et complètement indépendante de tout obstacle mécanique intrinsèque ou extrinsèque. Physiologiquement, le syndrome correspond à un affaiblissement de la contractilité du muscle vésiculaire. »

Or, les travaux de ces mêmes auteurs ont montré que l'évacuation de la bile B, bile cholécystique, est entièrement sous la dépendance des contractions de la vésicule biliaire. Il s'en suit donc que l'atonie vésiculaire aura des répercussions considérables sur ce phénomène.

La stase vésiculaire qui en résulte provoque dans l'organisme tout une série de troubles qui n'ont aucune physionomie propre ; ces troubles se confondent volontiers avec ceux

des affections du carrefour sous-hépatique. Aussi est-ce dans une exploration minutieuse des éléments de ce carrefour que les chirurgiens doivent chercher leurs directives.

Outre l'atonie vésiculaire, ces stases sont attribuées, pour ne citer que les principales, aux périviscérites, à la contraction du sphincter d'Oddi, aux vices de position du canal cystique.

Pour M. Lambret⁽¹⁾ d'après ses observations et en dehors de la constatation d'autres lésions, voici un certain nombre de facteurs qui sont de nature à entraîner une décision opératoire de drainage :

« 1° L'aspect de la vésicule globuleuse et augmentée de volume, entourée d'un voile membraneux, dit de périviscérite ou présentant des adhérences inflammatoires anciennes.

» 2° La difficulté ou l'impossibilité de la vider par des pressions bien dirigées. Dans ce cas, elle est renitente et tendue, des massages, même énergiques, dirigeant le contenu sur le cystique sont sans résultat. Il faut dire que normalement ces manœuvres parviennent parfaitement à chasser une bonne partie du contenu vésiculaire et à détendre le réservoir.

» 3° La bile est exagérément concentrée. Epreuve-t-on quelque difficulté à vider la vésicule, le globe vésiculaire reste-t-il tendu, même si l'on a l'impression qu'une petite quantité de liquide a été chassée, il est indiqué de faire une ponction, qui renseignera sur la concentration de la bile. On sera étonné parfois du degré de cette concentration : la bile est transformée en un liquide noir comme de l'encre, d'une viscosité extraordinaire; dans deux cas, il me fut impossible d'en aspirer la plus petite quantité dans la seringue. En principe, une bile de ce genre ne peut être expulsée par les voies naturelles qu'avec les plus grandes difficultés.

» 4° Dans les ptoses, bien que la bile ne soit pas très concentrée et que le cystique soit perméable, il arrive qu'on peut faire une constatation curieuse : tout d'abord, la vésicule ne

(1) Lambret, *Bull. et mémoires Soc. chirurgie*, Paris, 29 juin 1927.

s'évacue pas sous les pressions qui poussent son contenu vers le cystique, mais si, en même temps, on exerce des tractions sur elle en lui imprimant des directions variables, à un moment donné elle se vide rapidement : c'est qu'on affine à une déviation du cystique, qui s'est trouvée brusquement redressée.

» 5° On peut observer une évacuation également brusque immédiatement après la section des brides vélamenteuses dans la périviscérite. Dans ce cas, il est à craindre que les adhérences sectionnées ne se reproduisent ultérieurement. »

M. Lambret n'a pas la prétention de faire admettre que de telles constatations imposent formellement l'anastomose de dérivation. Cependant elles ont plus de précision que les renseignements fournis par la cholécystographie ou par l'épreuve de Meltzer-Lyon, épreuves que l'opération a souvent trouvées en défaut. Il ne veut pas non plus établir un parallèle entre le drainage médical et le drainage chirurgical, cependant il lui semble douteux que le drainage médical puisse rendre sa force à une musculature vésiculaire atrophiée, puisse redresser un cystique tordu, et puisse diminuer le pouvoir concentrateur de la vésicule. Il prétend même qu'aux indications dont on a parlé plus haut le drainage médical lui-même viendra en ajouter de nouvelles : « Voici, par exemple, un malade que le drainage médical bien dirigé et appliqué pendant un temps suffisant a nettement amélioré, voire guéri, mais après des mois ou des années, les accidents récidivent. N'y aura-t-il pas lieu alors de songer au drainage définitif par l'anastomose à trajet intra-pariétal ? »

III. — Anastomose cholécysto-digestive modificatrice.

Jaboulay avait déjà entrevu cette opération modificatrice. Elle a été préconisée dans la maladie ulcéreuse de l'estomac et du duodénum pour modifier le chimisme gastrique et amener la guérison, grâce à la bile qui créerait une sorte de pan-

sement protecteur. Pour Babcock⁽¹⁾, la bile en grande quantité dans l'estomac arrête l'activité musculaire de ce dernier, le met au repos, et étend sur l'ulcère et la paroi de l'estomac une couche neutralisante et protectrice.

On avait vu, d'autre part, l'action favorable de la gastro-entérostomie sur l'ulcus gastrique, et on l'expliquait par la pénétration de la bile dans l'estomac. Il était dès lors logique de penser qu'une anastomose entre vésicule et estomac amènerait des résultats beaucoup plus positifs.

Frenkel⁽²⁾ a donné récemment les résultats d'analyses du suc gastrique après 21 cholécysto-gastrostomies pour ulcus.

Dans 15 cas, l'acidité était inférieure à la normale;

Dans 4 cas, anachlorhydrie et présence de bile;

Dans 2 cas, l'acide chlorhydrique était normal et il y avait présence de bile.

Dans 1 cas, l'acide chlorhydrique était supérieur à la normale malgré la présence de bile.

Dans 1 cas, acide chlorhydrique supérieur à la normale; pas de présence de bile.

Les résultats semblent donc inconstants.

Se basant sur cette théorie de pansement bilieux de l'ulcère, certains chirurgiens sont allés plus avant et ont préconisé, au cours d'une intervention pour ulcère perforé, l'abouchement de la vésicule à la zone perforée, véritable « cholécysto-ulcérostomie ».

Vu la difficulté qu'il y a à faire des sutures en des territoires aussi enflammés et quelquefois en voie de dégénérescence que sont les alentours de l'ulcère, vu aussi l'imprudence qu'il y aurait à se fier à la solidité de ces sutures, si elles avaient pu être pratiquées, nous croyons qu'on peut rejeter d'emblée cette méthode de traitement des ulcères perforés.

Quant à la cholécysto-gastrostomie faite à distance de l'ulcère, nous ne voyons pas les avantages qu'elle présente

(1) *The american journal of obstetrics and gynecology*, 1921.

(2) Frenkel, *Zentralblatt für chirurgie*, Leipzig, 27 juin 1923.

sur la gastro-entérostomie : cette dernière permet, en effet, l'arrivée de la bile dans l'estomac, but de la cholécysto-gastrostomie, mais, de plus, elle évacue la cavité gastrique et doit donc être préférée. (Villard et Richer.)

INDICATIONS EXCEPTIONNELLES.

a) ANOMALIES ANATOMIQUES DES VOIES BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES. — Chez l'homme, normalement, on voit sortir du foie deux canaux, l'un droit, l'autre gauche, qui se réunissent bientôt pour donner le canal hépatique. Chez certains animaux (chien, mouton), on voit des canaux allant directement du foie à la vésicule; chez les oiseaux, en particulier, des deux conduits qui sortent du foie, l'un constitue l'hépatique, l'autre se rend directement à la vésicule, qui reçoit ainsi la moitié de la bile sécrétée par le foie. Cette dernière disposition peut se retrouver, quoique tout à fait exceptionnellement, chez l'homme. Et M. le Professeur Gosset donne comme une des indications de l'anastomose l'existence d'un canal biliaire aboutissant directement à la vésicule et rencontré au cours d'une cholécystectomie. Couper et lier ce canal serait mettre obstacle à l'excrétion biliaire de toute une partie du foie : la seule chose à envisager est la cholécysto-anastomose⁽¹⁾.

b) PERFORATION DE LA VÉSICULE. — Dans ce cas, et lorsqu'il y a une raison de ne pas faire la cholécystectomie, on a conseillé de faire l'anastomose entre la vésicule et le tube digestif.

VUE D'ENSEMBLE SYNTHÉTIQUE

De ce qui précède, nous déduirons que, en résumé et pratiquement, si l'on met à part les cas dans lesquels l'anastomose a été proposée mais ne semble pas justifiée, il demeure les indications possibles suivantes :

- a) des cas d'infection (infections hépato-cholédociennes et infections vésiculaires);

(1) In Thèse Lubin, Paris, 1926.

- b) des cas d'obstacle hypothétique, supposé ou temporaire à l'écoulement de la bile (cholécystatonie, stases vésiculaires);
- c) des cas d'obstacle réel permanent (compression du cholédoque par une tumeur de la tête du pancréas...).

Dans tous ces cas, en face de l'anastomose, se pose une autre façon de procéder : c'est la cholécystostomie ou drainage externe.

On peut dire que :

1° Dans les cas d'infection, si l'anastomose a donné de bons résultats, elle a également donné des résultats nuls; parfois elle a aggravé l'état des malades. Pour une inflammation passagère, elle crée un état anatomique définitif. D'autre part, les techniques opératoires spéciales dont nous parlerons plus loin, en établissant une bouche anastomotique à la fois continente et valvulée, tendent par ce fait même à déposséder la cholécysto-anastomose de son rôle d'opération de drainage, pour ne plus lui laisser que le rôle d'opération de dérivation. Enfin, l'anastomose de la vésicule avec le tube digestif comporte toujours un risque d'infection des voies biliaires dont il faut tenir le plus grand compte. « Pour ma part, dit M. Lecène, je préfère faire dans ces cas un drainage prolongé soit de la vésicule, par cholécystostomie, soit de la voie principale, par tube en T à l'extérieur, ou par hépatico duodénostomie. »

Nous ne retenons donc pas l'anastomose pour ces cas d'infection; nous lui préférons la cholécystostomie.

2° Dans les cas de cholécystatonie, de stase vésiculaire, les préférences sont partagées : cholécystostomie (drainage externe) ou cholécysto-anastomose (drainage interne).

En plus des heureux résultats cliniques qu'elle donne, l'intérêt de la cholécystostomie serait de permettre :

1. La modification d'une infection atténuée, laquelle accompagne souvent la stase vésiculaire;
2. La possibilité d'études de l'excrétion biliaire : elle pour-

rait aider à comprendre la pathogénie de ces troubles d'évacuation biliaire;

3. La possibilité de l'examen anatomique des voies biliaires par l'injection de lipiodol;

4. Conservation d'un organe qui permettra une réintervention facile, si besoin est.

La cholécystostomie est souvent suffisante par elle-même : parfois cependant elle montre la nécessité d'une intervention secondaire telle que l'anastomose.

L'anastomose, enfin, si elle permet moins bien la recherche de la cause du syndrome, s'oppose souvent heureusement à la stase vésiculaire;

3° Dans les cas d'obstacle réel, permanent, ou qui doit durer longtemps, l'anastomose est préférable.

C'est pour ces cas qu'il faut étudier la technique opératoire.

CHOLECYSTO-ANASTOMOSE. — TECHNIQUE OPERATOIRE

Cette intervention peut se pratiquer de deux façons : au bouton, à la suture. Au bouton, elle a donné d'excellents résultats entre les mains de Murphy et de Jaboulay. Elle a au moins le très grand avantage d'être rapide.

Elle a cependant été très combattue car on a signalé des ennuis parfois très graves : ainsi dans un cas, Shepherd, cité par Chaput ⁽¹⁾, a vu le bouton perforer la paroi vésiculaire, occasionnant une hémorragie mortelle. On a signalé la chute du bouton dans la vésicule nécessitant une nouvelle intervention pour aller le retirer.

A la suture, il semble que le résultat soit excellent. Terrier l'employa le premier en France. Hartman recommande l'anastomose avec deux rangs de sutures en surjet, un total, un non perforant, comme très simple et donnant d'excellents résultats

En ce qui concerne la bouche anastomotique, certains chirurgiens se contentent d'anastomoser les deux organes purement et simplement. D'autres, pour éviter un rétrécissement futur, emploient un petit drain de caoutchouc allant d'un organe à l'autre et fixé par quelques points au catgut. Ce drain tombe de lui-même peu de temps après l'intervention et est évacué par l'intestin.

Citons en passant les expériences de M. Souligoux qui ont cherché à produire, par une technique tout à fait originale, quelque chose d'analogue à l'ampoule de Vater. Il anastomose la vésicule à l'intestin sans ouvrir aucun de ces deux organes :

(1) Chaput, Soc. de chirurgie, 29 janv. 1896.

il trace simplement sur l'intestin une incision elliptique ne comprenant que les tuniques séreuses et musculaires, et enlève le lambeau ainsi circonscrit; il mortifie ensuite la muqueuse ainsi mise à nu. Puis, après avoir broyé et cautérisé à la potasse le fond de la vésicule, il amène en contact étroit, au moyen d'un surjet, le fond de la vésicule et la plaie intestinale. Quarante-huit heures après, les zones mortifiées tombent dans la cavité intestinale et la vésicule communique ainsi avec l'intestin.

L'examen de la pièce montrait un orifice au sommet d'un bourrelet muqueux, ressemblance assez marquée avec la saillie de l'ampoule de Vater. Les fibres intestinales formaient autour de la vésicule une sorte de sphincter.

Ce procédé paraît être demeuré dans le domaine purement expérimental.

Enfin, pour éviter un inconvénient fréquent, inhérent à la nouvelle bouche anastomotique, nous voulons parler du reflux vésiculaire, on a proposé à la technique habituelle quelques modifications que nous exposerons dans un instant.

CHOLECYSTO-GASTROSTOMIE. — TECHNIQUE OPERATOIRE

1° *Position du malade.* — Le malade sera placé en lordose, position que l'on doit employer toutes les fois que l'on intervient sur le foie, car elle a l'avantage de dégager le bord antérieur de cet organe et de le faire saillir au-dessous du rebord costal, exposant ainsi la région vésiculaire aux yeux du chirurgien.

2° *Anesthésie.* — Le mode d'anesthésie variera avec les préférences du chirurgien et l'état général du malade. Dans certains cas, l'anesthésie locale peut être suffisante.

3° *Incision.* — De toutes les incisions qui ont été préconisées et qui toutes, certes, présentent assez d'intérêt pour qu'on y puisse songer, il en est une qui semble donner dans la plupart des cas toute satisfaction : c'est l'incision transversale, souvent décrite sous le nom d'incision de Sprengel.

4° *Exploration.* — Le péritoine ouvert, palper la vésicule, le cystique, le cholédoque pour essayer de découvrir un calcul aussi petit soit-il. Palper la région vaticienne, explorer la tête du pancréas. Lorsqu'on a reconnu qu'il ne s'agissait pas de lithiasse et qu'on a nettement posé l'indication de l'anastomose, après vérification de l'état de la vésicule et du cystique, il faut évacuer la vésicule par ponction (trocart et aspirateur de Villard) si elle est distendue, ce qui est le cas habituel. Cette manœuvre est importante car elle offre un double avantage :

Elle évite l'inondation du champ opératoire par une bile qui peut être septique;

Elle transforme la vésicule en une poche flasque qu'il sera plus aisé de suturer.

5° *Constitution de la bouche anastomotique.* — Elle est habituellement pratiquée au niveau de l'antré, sur la paroi antérieure de l'estomac.

Les détails de la technique ont donné lieu à bien des discussions : le procédé de Terrier consistait en un seul rang de sutures effectuées sur un tube de caoutchouc servant de tuteur et destiné à être éliminé. Celui de Colzi comportait deux plans de sutures.

« Actuellement, il est d'usage de pratiquer l'anastomose de la vésicule et de l'estomac de la même façon qu'on pratique une gastro-entérostomie : c'est-à-dire que l'on fait trois plans de sutures postérieurs, trois plans antérieurs, encadrant une incision menée de la droite à la gauche, sur la face antérieure de l'antré pylorique comme sur le fond de la vésicule. Une telle incision divise en long la couche musculaire superficielle dont les fibres longitudinales se laissent dissocier par le bistouri traîné parallèlement à leur direction, mais sectionne en travers l'épaisse couche de fibres circulaires qui constituent le plan moyen.

» Au niveau de l'antré, le plan profond des fibres obliques a disparu; la couche circulaire, qui déjà représente, au niveau du corps de l'estomac, les deux tiers de l'épaisseur du muscle gastrique, s'est épaissi encore notablement et forme vraiment alors la presque totalité de la tunique musculaire.

» La cholécysto-gastrostomie étant réalisée selon la technique habituelle, chaque onde contractile, se propageant aux fibres musculaires sectionnées en travers, déterminera évidemment le retrait des deux lèvres de l'incision et agrandira l'orifice anastomotique au moment précis où la pression augmente à l'intérieur de l'antré sous l'effort musculaire. Il est évident que le chyme, transité et comprimé, sera refoulé dans cet orifice maintenu largement béant par le raccourcissement des fibres circulaires contractées. Aussi avons-nous supposé qu'une incision de l'estomac, qui sans doute sacrifierait la mince couche longitudinale, mais respecterait, dissocierait seulement les puissantes fibres circulaires, devrait atténuer le

risque d'un reflux alimentaire dans la vésicule fistulisée. L'orifice anastomotique serait maintenu clos, lors du passage du chyme sous pression, par la contraction même du muscle gastrique. L'opération reste très simple. Il suffit de placer sagittalement le champ sur le fond de la vésicule, de façon à déterminer un bourrelet allongé d'avant en arrière. Puis l'aide amène à son contact l'antré qu'il fait saillir et qu'il comprime à l'aide de deux doigts engagés à sa face profonde. La suture séro-séreuse de la lèvre droite de l'anastomose est faite, puis la paroi antérieure de l'antré est incisée, bien perpendiculairement au grand axe et parallèlement au pylore sur 3 à 4 centimètres, ainsi que le fond de la vésicule; le surjet du côté droit est effectué, musculo-muscleux et muco-muqueux; on termine par une suture à trois plans des lèvres gauches des incisions vésiculaire et gastrique qui se font très aisément, si l'on prie l'aide de présenter cette lèvre gauche en avant, par une traction en bas et à droite du corps de l'estomac. » (Bérard et Mallet-Guy.)

Cette modification de la technique habituelle paraît, aux yeux de ceux qui l'ont préconisée, très simple et très suffisante pour assurer une bouche anastomotique à la fois continue et valvulée. Et ces auteurs ont pu trois fois analyser physiologiquement le fonctionnement d'une telle cholécysto-gastrotomie.

6° *Cholécysto-gastrostomie sur drain.* — Parfois la vésicule est petite et se laisse peu mobiliser; on est obligé alors de pratiquer l'anastomose dans la profondeur. M. le Professeur Cunéo préconise la technique suivante qui constitue la cholécysto-gastrostomie sur drain.

On fait en premier lieu une ouverture petite au fond de la vésicule et on introduit un drain court et de faible calibre dans l'incision pratiquée. Ce drain est fixé par deux ou trois points au calgut, au pourtour de l'incision. On ouvre alors l'estomac au point choisi sur une très petite étendue et on repère sa muqueuse. La vésicule est amenée au contact en même temps qu'on introduit l'autre extrémité du drain dans

l'estomac. Il faut alors fixer la muqueuse stomacale et la muqueuse seule, au drain le plus près possible du point où est fixée la vésicule. Il n'y a plus alors qu'à faire quatre ou cinq points séro-séreux séparés, maintenant les deux organes l'un contre l'autre.

Si l'on craignait d'éprouver quelque difficulté à poser les points séro-séreux postérieurs, il serait préférable de les effectuer comme premier temps, avant l'ouverture de la vésicule et de l'estomac.

Ce procédé, dit M. le Professeur Cunéo, est extrêmement simple et rapidement exécuté et peut être employé dans les cas faciles où il y a nécessité à aller vite. Cette technique dispense de tout surjet total et même du surjet séro-séreux qu'on peut remplacer fort bien par quelques points séparés, convenablement serrés. Le drain se détache vers le sixième jour et s'élimine par les voies naturelles.

CHOLECYSTO-DUODENOSTOMIE. — TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique de la cholécysto-duodénostomie n'a rien de spécial : elle ressemble tout à fait à celle de la cholécysto-gastrostomie avec simplement la différence des organes anastomosés. Elle est peut-être d'exécution plus délicate et parfois pas très facile en raison de la situation profonde du duodénum.

On a cherché à modifier la technique habituelle de cette intervention, on a cherché à se rapprocher le plus possible de l'état anatomique et physiologique normal; on a cherché à éviter aussi une petite complication que nous avons déjà signalée et que nous retrouvons ici : le reflux vésiculaire.

C'est ainsi qu'en 1919, M. Tagliavacche (Buenos-Aires) a proposé une opération dans laquelle il utilise la vésicule pour dériver la bile, tout en cherchant à conserver à cette vésicule son rôle de réservoir. Pour cela, il dédouble la vésicule en la sectionnant selon son grand axe, du fond à l'orifice du cystique. D'une moitié, il fait un néo-canal autour d'une sonde, néo-canal qu'il implante dans le duodénum au niveau de sa première portion. L'autre moitié de la vésicule est utilisée pour faire un réservoir qui ressemblera à l'ancienne vésicule réduite de moitié. Pour chercher à résoudre le problème du reflux duodénal vers la vésicule, M. Lambret⁽¹⁾ a proposé une technique opératoire spéciale qu'il a utilisée dans cinq cas. Dans ces cinq cas, le but a été atteint : le reflux ne s'est pas produit et cette régularité est vraiment remarquable en regard des résultats obtenus par le procédé classique.

« Mon procédé actuel, dit M. Lambret, n'est pas bien com-

(1) *Presse médicale*, 7 sept. 1927.

plié : il consiste à transformer le fond de la vésicule en une sorte de canal enfoui dans un pli de la paroi antérieure du duodénum où il chemine à la façon de la partie terminale de l'urètre dans la vessie ou encore des trajets à la Witzel. J'en résume les temps principaux :

» 1° Evacuation de la vésicule par ponction (se servir d'une aiguille assez forte en raison de l'épaisseur et de la concentration sirupeuse de certaines biles). Si la vésicule n'a pas de méso, la détacher, sur une longueur d'environ 3 centimètres, de la face inférieure du foie; cette manœuvre est inutile en dehors de cette conformation anatomique.

» 2° Fixation par trois ou quatre points à la soie de la vésicule au bord droit du duodénum. Ce bord est repoussé en dedans comme si on voulait le décoller. La suture est séro-séreuse et porte sur la vésicule à environ un tiers de sa longueur en partant de son fond. La vésicule vide est couchée transversalement sur le bord droit et sur la face antérieure du duodénum.

» 3° Anastomose très petite du fond de la vésicule avec le duodénum sur la face antérieure de celui-ci, le plus près possible du bord interne.

» 4° Enfouissement par un surjet séro-séreux dans la paroi antérieure du duodénum de la vésicule depuis le point attaché au bord interne du duodénum jusques et y compris l'anastomose. Le trajet ainsi constitué est tout à fait intra-pariétal.

» Exécuté sur le cadavre, on perçoit son relief qui fait légèrement saillie dans l'épaisseur de la paroi duodénale et on constate que dans une certaine mesure la longueur de cette paroi est diminuée par la suture; mais l'examen radiologique des cas opérés montre que cela ne gêne en rien le fonctionnement duodénal; il n'y a aucune crainte à avoir de ce côté. Malgré sa longueur et bien qu'il soit constitué par une vésicule plissée et plicaturée, il fonctionne très bien. »

VALEUR COMPAREE DES DEUX INTERVENTIONS

I. — Objections faites à la cholécysto-gastrostomie.

1° INFECTION ASCENDANTE DES VOIES BILIAIRES. — Longtemps les voies biliaires extra-hépatiques ont été considérées comme parfaitement aseptiques et complètement stériles (Dupré, th. Paris, 1891). Depuis, beaucoup d'auteurs se sont attachés à la question et ont montré que, pour bien des microbes, le bacille d'Eberth en particulier, la bile constituait un excellent milieu de culture.

Le tube digestif est certes beaucoup plus riche en microbes que les voies biliaires. Cependant, il semble qu'un segment de ce tractus digestif jouisse d'un véritable état d'amicrobisme et que ce segment soit l'estomac. La différence est frappante entre cette absence presque complète de microbes dans la cavité de l'estomac et l'abondance des microbes intestinaux. Mais il faut tout de suite faire une restriction : la cavité gastrique n'est pratiquement stérile chez un individu sain qu'au moment où cet individu est à jeun; au contraire, un estomac en digestion et en réplétion contient des éléments microbiens en quantité assez appréciable. Et même à jeun un estomac peut être septique soit que, pour une cause quelconque, son évacuation soit gênée, soit que le reflux duodénal y introduise des germes intestinaux. On a ainsi pu dresser le tableau de 72 espèces microbiennes observées dans le liquide gastrique.

Certes beaucoup de ces microbes sont de simples saprophytes dépourvus de tout pouvoir pathogène. Mais, à côté d'eux, on rencontre : le pneumocoque et sa variété intesti-

nale, le bacille du côlon, le *Bacillus lactis aerogenes*, le pyocyanique, les deux staphylocoques, le *perfringens* et la bactérie charbonneuse, microbes dont le rôle pathogène est certain. La variété même de ces microbes indique leur double origine : reflux intestinal ou infection par voie descendante (aliments et salive).

L'intestin, par contre, contient plus de bactéries que l'estomac : le duodénum, moins que le grêle, le grêle, moins que le côlon. Miquel a montré que le nombre des microbes va en croissant du duodénum à l'anus; et cette pauvreté relative de la partie supérieure du grêle tiendrait probablement à l'action combinée du suc pancréatique et du suc intestinal. Ajoutons que MM. Gley et Lambling⁽¹⁾ ont montré qu'en milieu acide la bile non seulement résistait à la putréfaction, mais empêchait celle-ci. Or, le contenu de l'estomac est acide, le contenu du duodénum présente également une réaction acide due à l'acide chlorhydrique du chyme. Dans ces conditions, la bile doit exercer une action antiseptique, variable cependant avec l'acidité du contenu gastrique ou intestinal.

2° TROUBLES DE LA DIGESTION GASTRIQUE. — D'emblée, on a opposé à la cholécysto-gastrostomie un dogme physiologique : la bile, en quantité dans l'estomac, entrave la digestion gastrique. Galien professait déjà que l'afflux de fiel dans l'estomac supprimait complètement la fonction de cet organe.

Les expériences de Cl. Bernard, pratiquées *in vitro* et dans lesquelles il empêcha la digestion de la fibrine en présence de suc gastrique par l'addition d'une quantité suffisante de bile, vinrent encore consolider cette donnée physiologique.

Or, pratiquement, ces objections se sont-elles trouvées justifiées? On fut assez étonné quand on connut les résultats cliniques des premières cholécysto-gastrostomies. Tout ce que l'on savait de la physiologie gastrique était réduit à néant.

Dastre, en 1880, Ruggero Oddi, sur les conseils de A. Mar-

(1) Gley et Lambling, *Revue biologique du Nord de la France*, I, 1888.

cacci en 1887, Massé et Cannac, en 1897, ont montré que la bile dans l'estomac n'apportait aucun trouble au fonctionnement de cet organe et n'altérait en rien l'action du suc gastrique sur les aliments. On peut lire, dans un article de Dastre (*Arch. physiol.*, 1890), les lignes suivantes : « On a dit que non seulement dans les conditions normales la bile mettait fin à la digestion gastrique, mais qu'elle la faisait rétrograder en précipitant les albuminoïdes déjà digérées. »

Or, un fait était bien net à ce moment : c'était, à défaut de rétrogradation, l'arrêt de la digestion artificielle en présence de bile. Aussi Dastre s'est-il demandé s'il en était de même pour les digestions naturelles.

« On connaît assez les différences de ces deux ordres de phénomènes (digestion naturelle et artificielle). Elles tiennent entre autres causes à ce que, dans les expériences *in vitro*, on opère sur des quantités fixes qui ne se renouvellent point, tandis que, dans l'estomac, la même cause qui annule l'action d'une certaine quantité de suc digestif peut accroître sa production et compenser plus qu'au delà l'obstacle ainsi créé. Aussi, sans entrer dans l'analyse intime des phénomènes, nous nous sommes proposé de savoir seulement si l'introduction de la bile dans l'estomac d'un animal en digestion provoquait des vomissements ou des troubles notables dans la digestion. »

Les expériences ont porté sur des chiens : la bile introduite par une sonde gastrique n'a produit aucun trouble appréciable ni sur la digestion ni sur la santé générale. L'analyse du suc gastrique a montré que l'effet alcalinisant de la bile était rapidement annihilé; le suc gastrique est sécrété en quantité suffisante pour rendre au liquide sa réaction acide, et la digestion peptique reprend son cours.

Les expériences de Dastre, confirmées par celles d'Oddi, l'ont donc amené à cette conclusion : « L'introduction de la bile dans l'estomac ne produit ni vomissements, ni troubles gastriques; elle n'amène point la précipitation des peptones et n'entrave pas la fonction digestive de l'organe. »

Les travaux expérimentaux de Radziewski, Smith, Mocquot, Wiedeman, Grey, Lehman, ont depuis confirmé ces faits. Fort de ces conclusions, Jaboulay ose, non sans quelque courage, affronter les idées reçues et il est le premier à pratiquer systématiquement l'abouchement de la vésicule dans l'estomac, dans le cas d'occlusion irrémédiable et directement incurable du cholédoque.

Il nous suffit d'ailleurs de jeter un coup d'œil sur les observations publiées pour voir qu'après une cholécysto-gastrostomie on ne note aucun trouble de la digestion; au contraire, souvent on assiste à une augmentation de poids. Le chimisme gastrique des opérés est normal ou quasi normal; la digestion gastrique est complète.

Nous citons ici quelques observations prises au hasard dans la littérature :

TERRIER (1896). — Cholécysto-gastrostomie pour néo de la tête du pancréas. Suites opératoires normales. M. Terrier dit : « En fait, ce malade que je tiens encore en observation offre des digestions stomacales faciles sans pesanteur d'estomac, sans régurgitation et sans vomissements. Les accidents dont il se plaint actuellement paraissent surtout des troubles dus à la digestion intestinale; il est très probable que ces troubles digestifs sont sous la dépendance de la lésion pancréatique qui nous a paru assez avancée lors de l'intervention et qui s'accuse par une non digestion des graisses. Comme on le voit, ce fait vient à l'appui des expériences faites par le Professeur Dastre. »

TUFFIER (1902). — Cholécysto-gastrostomie pour oblitération complète du cholédoque. Suites opératoires normales. Depuis, la malade va parfaitement bien et n'a jamais présenté le moindre trouble de ses fonctions hépatiques et digestives.

MARIANI (1912). — Cholécysto-gastrostomie pour fistule biliaire. Examen du chimisme gastrique quinze mois après : absence complète de pigments biliaires. Contenu acide. Digestion gastrique complète.

Un autre examen, pratiqué onze mois après, montre des traces de pigments biliaires.

Ch. WHITE (1920). — Deux observations intéressantes :

1° Dans la première, sept mois après une cholécysto-gastrostomie, la radioscopie montre la persistance du bouton de Murphy avec point douloureux localisé à son niveau. L'analyse révèle un appoint modéré de bile jaune HCl libre, 26; acidité totale, 36. Bonne digestion.

2° Dans la deuxième, cholécysto-gastrostomie chez un homme de 40 ans pour induration de la tête du pancréas. Convalescence rapide et satisfaisante. Examen du chimisme gastrique environ un an après : HCl libre, 22; acidité totale, 23. Traces de bile.

MATHIEU (1920). — Deux observations de cholécysto-gastrostomie pour crises douloureuses d'origine biliaire : 1° Femme de 28 ans; suites opératoires très simples. Depuis l'opération, la malade s'alimente normalement, n'a ni nausées ni vomissements. Elle dit avoir quelque difficulté à digérer la viande, mais ne l'a jamais vomie. Revue quatre mois après l'opération, a engraisé de 5 kilos.

2° Femme de 40 ans; suites opératoires très simples. Depuis l'opération, les troubles gastriques ont complètement disparu malgré la reprise de l'alimentation. Revue un mois et demi après en parfait état.

BÉRARD et MALLET-GUY (1928). — Cholécysto-gastrostomie pour syndrome biliaire douloureux par vésicule intolérante et léger degré de sténose du sphincter d'Oddi. Intervention le 7 juillet 1927. Suites excellentes. Excellent état digestif et reprise du poids.

Ces observations, prises au hasard des publications, montrent bien que l'arrivée de bile dans l'estomac ne gêne en rien la digestion gastrique. Le tubage gastrique par la sonde d'Einhorn a permis d'analyser le suc gastrique des malades cholécysto-gastrostomisés. Les résultats obtenus ont amené MM. Bérard et Mallet-Guy à conclure que le milieu gastrique reste toujours acide quelle que soit la quantité de bile dans l'estomac, une hypersécrétion chlorhydrique venant neutraliser l'alcalinité d'un nouvel afflux biliaire. Et même chez une opérée de M. Cotte, ils notèrent un état d'hyperacidité gastrique à 2 grammes. Malgré le caractère exceptionnel de

cette observation, on voit par là que l'arrivée de la bile dans l'estomac ne neutralise pas inopportunément le chyme acide comme on l'a prétendu si longtemps. Il n'y a donc, disent les auteurs, aucun intérêt physiologique à faire porter l'anastomose sur le duodénum.

D'autre part, la forme de l'estomac paraît peu modifiée : « Le glissement de la vésicule hors de la fossette cystique explique, joint au léger déplacement général de l'estomac à droite, le peu de modification morphologique du viscère. »

La radiologie montre par ailleurs deux types de déformation dans lesquels interviennent la réaction du muscle gastrique et la suspension de la région prépylorique. Ce sont :

- 1° l'estomac en J avec bas-fond au niveau de l'antre;
- 2° angulation nette sur la petite courbure avec parfois une encoche correspondante sur la grande courbure.

Quant aux modifications du transit gastrique, on ne peut donner aucune formule générale : tantôt l'évacuation est paresseuse, tantôt accélérée. Quelquefois on a pu trouver du liquide à jeun (*in* thèse Mellet-Guy).

3° DANGER DU REFLUX GASTRIQUE DANS LA VÉSICULE. — Dans leurs travaux sur l'étude radiologique des bouches de cholécysto-gastrostomie, MM. Bérard, Mallet-Guy et Baupère ⁽¹⁾ ont établi la réalité, jusque-là discutée, du reflux gastrique dans la vésicule.

Or, ce reflux, la vésicule est-elle en état de le subir sans en souffrir? Non pour M. Lambret qui, le 29 juin 1927, à la tribune de la Société de chirurgie de Paris, a prononcé la condamnation de la cholécysto-gastrostomie. Au débat « gastrique », il substitue un débat « vésiculaire »; à l'arrêt de la digestion gastrique, il oppose les dangers du reflux gastrique dans la vésicule. « Il faut comprendre, a-t-il dit,

(1) Bérard, Mallet-Guy et Baupère, *Arch. des mal. de l'app. digestif*, juin 1926.

que la muqueuse vésiculaire n'est physiologiquement pas en état de subir, sans en souffrir, le contact prolongé du contenu gastrique. La sécrétion stomacale et même les substances ingérées, vins, liqueurs, aliments, sont très irritantes; elles séjournent dans la cavité gastrique le temps normal de la digestion et par l'anastomose pénètrent à peu près fatalement dans la vésicule qui les hospitalise. La chose est facile à constater à l'écran : la tache vésiculaire existe tant que l'estomac n'est pas vidé et même, dans de nombreux cas, persiste alors que celui-ci n'est plus visible, sans doute parce que l'orifice anastomotique n'assure pas un drainage rapide. C'est le cas de presque toutes les cholécysto-gastrostomies; et c'est pourquoi la cholécysto-gastrostomie n'est pas une bonne opération. »

Il distingue, après une anastomose de ce genre, quatre cas possibles :

- a) La vésicule vide son contenu dans l'estomac ou bien dans le duodénum, cela va de soi;
- b) Il n'y a pas de réciprocité, c'est-à-dire que le contenu de l'estomac ou du duodénum ne reflue pas dans la vésicule;
- c) Il y a réciprocité et il y a reflux vésiculaire;
- d) Ce reflux dure plus ou moins longtemps, c'est-à-dire que les liquides stomacaux ou duodénaux font un séjour plus ou moins prolongé dans la vésicule biliaire.

« L'examen après repas opaque permet de déceler ces différentes éventualités, et je pose en principe, dit-il, que c'est d'elles que dépend le résultat opératoire éloigné qui sera bon, médiocre ou mauvais suivant les cas... Cliniquement, les choses se présentent presque toujours de la même façon; dans les premiers temps après l'établissement de la bouche anastomotique, l'amélioration est manifeste et le malade semble guéri. Mais peu à peu, et plus ou moins rapidement selon les cas, il se produit un changement; des douleurs apparais-

sont, en relation avec l'alimentation, elles siègent à droite et sont provoquées par l'arrivée des aliments dans la vésicule; au début, elles durent aussi longtemps que la vésicule n'est pas vidée; plus tard, elles se calment beaucoup moins vite et s'étendent davantage. Si on a la chance de tomber sur des malades qui savent s'analyser, ils affirment avec précision que les douleurs actuelles n'ont plus le même caractère que celles qu'ils présentaient avant l'opération. C'est qu'elles sont dues maintenant à une cholécystite qui s'est installée petit à petit, la vésicule ayant d'abord toléré l'invasion des liquides étrangers, puis s'étant finalement et progressivement irritée et infectée.»

Ce danger du reflux vésiculaire est indéniable. Mais ce reflux ne se produit pas seulement dans la cholécysto-gastrostomie; il se produit également dans la cholécysto-duodénostomie, ainsi que le prouve la communication de M. Lambret. Alors une anastomose duodénale est-elle théoriquement préférable, qui fera refluer dans la cavité vésiculaire le suc pancréatique si dangereux et si corrosif pour les tissus non adaptés ?

D'ailleurs, bien que la réalité de ce reflux ne soit pas discutée à l'heure actuelle, il n'en reste pas moins vrai que c'est chose assez rare en ce qui concerne la cholécysto-gastrostomie. Le pourcentage n'atteint certes pas ici celui que nous mentionnerons plus loin à l'actif de la cholécysto-duodénostomie. C'est ainsi que Babcock (1920) signale qu'on n'a pas constaté, dans plusieurs cas examinés radiologiquement, de reflux dans la vésicule. MM. Bérard et Mallet-Guy citent les cas de 10 opérés observés avant le rapport de M. Lambret et dont les résultats cliniques étaient excellents. Ces faits ne viennent-ils pas ébranler sérieusement les critiques adressées à la cholécysto-gastrostomie ?

Cependant, convaincus de l'inopportunité et du danger de ce reflux vésiculaire, MM. Bérard et Mallet-Guy ont apporté une modification à la technique habituelle de la cholécysto-gastrostomie (V. technique opératoire), modification qui, théo-

riquement, paraît capable de le modifier, en assurant une bouche anastomotique à la fois continente et valvulée. Trois observations concernant des cas d'anastomoses pratiquées secondairement à une « cholécystostomie d'épreuve » viennent illustrer ces faits :

OBS. I. — *Syndrome biliaire douloureux par vésicule intolérante.*
— Cholécysto-gastrostomie en avril 1927. Exploration radiologique de la bouche anastomotique le 14 mai 1927. Dès le remplissage, on note un peu au-dessus de l'extrémité pylorique de l'antra une bulle d'air des dimensions d'une pièce de 50 centimes, au-dessous de laquelle apparaît une tache opaque, grosse comme un pois lorsqu'on fait creuser le ventre. Un espace libre sépare la bulle de la tache opaque. On ne peut dire qu'il s'agit d'un reflux vésiculaire, le duodénum ne se dessinant pas. Pendant un quart d'heure, l'estomac reste vide. Des radiographies sont pratiquées de suite. En position debout, on ne retrouve pas l'image d'un reflux vésiculaire, l'évacuation est amorcée.

En position couchée, sur le flanc droit de L¹, se dessine une ombre triangulaire et pédiculée qui est bien le bulbe et non l'anastomose, car, sur le cliché pris avant l'intervention, au même point se voyait la bulle d'air du bulbe duodénal. Une troisième radiographie pratiquée une heure après, et en faisant contracter la sangle abdominale, ne permet pas non plus de découvrir l'image de l'anastomose.

OBS. II. — *Syndrome biliaire douloureux par stase vésiculaire.* — Cholécysto-gastrostomie en mai 1927. Radiologie gastrique juin 1927. L'examen radiologique ne montre pas de reflux de la bouillie opaque dans la cavité vésiculaire, mais un estomac d'aspect très normal, se contractant et s'évacuant normalement. L'épreuve de Chilaïditi ne détermine pas de reflux. Pas de points douloureux. Une radiographie prise alors en station debout confirme ces données. Aucune image ne révèle l'anastomose. Egalement négatif est un cliché pris en décubitus dorsal.

OBS. III. — *Syndrome biliaire douloureux par vésicule intolérante.*
— Cholécysto-gastrostomie le 7 juillet 1927. Examen radioscopique

le 28 septembre 1927. Estomac se vidant bien, de forme et de contractilité normales; pas d'image de la bouche anastomotique, pas de reflux visible de la vésicule, même au cours de la manœuvre de Chilaïditi. Cependant, sur une radiographie faite en position debout, on distingue, à droite de l'autre, une image en cupule surmontée par une bulle d'air. Reflux vésiculaire confirmé par la radiographie faite en décubitus dorsal.

Dans ce dernier cas, malgré la positivité du reflux, l'observation porte : « Résultat fonctionnel parfait, toute sensation douloureuse ayant disparu et les digestions étant revenues excellentes. »

De plus, ces malades revus environ dix mois après (février 1928) confirment cliniquement le résultat obtenu.

De telles données physiologiques, de tels résultats cliniques, semblent suffisants pour illustrer la défense de la cholécystogastrostomie.

Reste la question de l'infection. De ce que nous avons dit plus haut, on peut conclure logiquement que, anastomoser une cavité quasi aseptique comme est la vésicule avec une cavité septique comme est l'estomac, surtout en période digestive, c'est favoriser tout naturellement l'infection de l'une par l'autre.

C'est ainsi que, pour Lehmann (1924), l'infection hépatique après anastomose de la vésicule à l'estomac ou au duodénum est un fait constant. Elle serait rapidement réalisée par voie lymphatique par la communication qui existe entre les lymphatiques vasculaires et ceux du tissu hépatique. Il apporte le résultat de son expérimentation sur des chiens cholécystogastrostomisés : l'infection hépatique a été constante, quels que soient les procédés employés. Nous trouvons, par contre, des résultats d'expérimentation qui ne cadrent pas avec ceux de Lehmann :

Deux chiens cholécystogastrostomisés (Lubin, th. Paris, 1926) : Examen bactériologique de la bile : Friedlander, entéro et colibacille. Infection très atténuée atteignant la vésicule,

mais ne paraissant pas remonter dans les canaux biliaires supérieurs.

Les résultats cliniques sont d'ailleurs venus confirmer cette absence d'infection ascendante dans les canaux biliaires supérieurs : Delagénère, Tuffier, White, Lejars, Terrier, Gosset. L'école lyonnaise ont fait connaître des observations dans lesquelles aucune infection biliaire ne s'est jamais produite.

Les examens histologiques pratiqués ont donné :

Pas de modifications histologiques de la muqueuse gastrique;

Réaction notable, au contraire, de la muqueuse vésiculaire.

Comme on le voit, l'infection ne dépasse pas la vésicule.

En résumé, on peut donc conclure :

1° Absence de troubles de la digestion gastrique après cholécysto-gastrostomie;

2° Fréquence de l'infection ascendante limitée généralement à la cavité vésiculaire. Rareté des complications hépatiques dans la cholécysto-gastrostomie.

L'infection biliaire semble également être conditionnée par d'autres facteurs : soit l'occlusion de la bouche anastomotique soit la sténose pylorique, par l'intermédiaire de la septicité du liquide de stase. Un autre facteur est aussi invoqué : c'est le reflux des aliments dans la vésicule. Ce dernier mécanisme semble possible.

Mortalité opératoire. — Etant donnée la diversité des indications de la cholécysto-gastrostomie, une appréciation en bloc de la mortalité opératoire donnerait une idée fautive de sa valeur. M. P. Mathieu l'estime à 70 ou 75 p. 100 dans le cancer du pancréas; elle est moindre dans le cancer cholédocien; elle est à peu près nulle dans les lésions purement inflammatoires.

Complications postopératoires. — Sont de trois sortes :

1° Les hémorragies, surtout à craindre chez des malades icteriques d'assez longue date et qui sont devenus des insuffi-

sants hépatiques. Ce sont ces hémorragies continues, en nappe, chez un cholémique de faible résistance qui, avec le shock opératoire ou anesthésique, grèvent l'anastomose d'une forte mortalité.

2° Les désunions. Il faudra faire une opération rapide certes, mais précise et bien réglée, dans laquelle les surjets donneront toute satisfaction; il y a intérêt à utiliser le fil non résorbable pour le surjet total enfoui.

3° La sténose secondaire de la bouche anastomotique, complication importante lorsque la voie principale est complètement oblitérée. Une bonne technique doit en mettre le malade à l'abri.

Résultats cliniques. — Les malades supportent bien en général l'opération. Dans les quelques jours qui suivent, l'ictère disparaît et avec lui le prurit, si pénible; l'appétit revient, on note une augmentation de poids et une reprise marquée de l'état général.

OBSERVATIONS DE CHOLECYSTO-GASTROSTOMIE

OBSERVATION I.

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé F. PAPIN.

J... (L.), 63 ans. Entré salle 10 le 19 octobre 1928.

Histoire. — Il y a trois mois, le malade a commencé à souffrir de l'estomac et a maigri. Depuis trois semaines, il est devenu brusquement jaune. Jamais d'ictère auparavant. On se trouve en présence d'un ictère par rétention avec matières très décolorées et urines très foncées.

Examen. — Le malade présente un ictère très marqué. Le foie est augmenté de volume. Pas de tumeur à la palpation : ventre souple.

Opération (25 octobre 1928). — Anesthésie éther.

Incision transversale droite au-dessus de l'ombilic, qu'on est obligé de prolonger par une incision verticale sur la ligne médiane.

Vésicule énorme, blanc verdâtre, avec zone rouge de suffusion sanguine sous-séreuse. L'exploration du carrefour sous-hépatique montre un amas de ganglions néoplasiques qui compriment le cholédoque au niveau de la tête du pancréas et dont le point de départ est vite trouvé dans un néoplasme sus-pylorique de la petite courbure de l'estomac.

La vésicule est ponctionnée et vidée d'une grande quantité de bile noirâtre. Anastomose à la suture entre le fond de la vésicule et l'estomac. L'opération, commencée à la locale, a dû être terminée avec l'anesthésie générale à l'éther (Ombredanne). Fermeture sans drainage.

Suites. — L'ictère disparaît en une huitaine de jours, le malade reprend de l'appétit. Les matières et les urines redeviennent normalement colorées.

OBSERVATION II.

Due à l'obligeance de M. le Docteur LAFARGUE.

L... (V.), 66 ans. Entré salle 10 le 20 juillet 1929.

Histoire. — Le malade entre dans le service pour un ictère datant de six semaines. Il y a six semaines, après deux jours d'indisposition générale, il devient subitement jaune et remarque que ses urines prennent une couleur café noir et que ses selles deviennent blanches.

En même temps, il a des vomissements alimentaires et bilieux. Le médecin, appelé, le met au repos avec, comme régime, lait et tisane. Les semaines passent : le malade demeure jauné, mais son ictère n'augmente pas. Il maigrit; en même temps, il ressent quelques douleurs peu intenses, intermittentes depuis le début, au niveau du foie. Les matières et les urines gardent toujours leur couleur anormale.

Examen. — Ictère jaune verdâtre très légèrement progressif depuis six semaines. Pas d'ascite. Léger amaigrissement.

Le foie déborde de deux travers de doigt les fausses côtes; on ne sent pas la rate. Selles couleur mastic. Urines couleur bière brune. Depuis quelques jours, douleurs en ceinture dans le dos et vers l'épaule, ce qui pourrait faire songer à une cholécystite.

Opération (26 juillet). — Anesthésie à l'éther.

Laparotomie moyenne transversale. On trouve une pancréatite chronique comprimant le cholédoque. On fait une cholécysto-gastrostomie.

Suites. — Excellentes. Le teint du malade s'éclaircit de plus en plus sans réaction fébrile, sauf dans les premiers jours de l'opération. Le drain est peu à peu raccourci, puis supprimé.

OBSERVATION III.

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé F. PAPIN.

P... (A.), 69 ans. Entré salle 10 le 18 mars 1929.

Histoire. — Le malade entre dans le service parce qu'il est jaune et qu'il a eu des vomissements. Début le 12 février 1929. Vomissement après le dîner, alimentaire, non bilieux, non sanglant. Ni fièvre, ni diarrhée, ni constipation. Quinze jours après, vomissement semblable; enfin, le 7 mars, le malade s'aperçoit que ses urines sont foncées, ses matières décolorées; ses conjonctives, puis son visage et son corps tout entier prennent une teinte jaune; pas de prurit, aucune douleur; sensation de gêne dans l'hypocondre droit; pas d'irradiation. Aucun éthylysme, aucun passé gastrique ou intestinal ou hépatique.

Examen. — On est frappé par l'ictère franc; état général bon, amaigrissement cependant rapide (6 à 7 kilos depuis le début des accidents).

L'abdomen montre une légère voussure de l'hypocondre droit; pas de circulation veineuse collatérale. Le flanc droit et l'hypocondre sont occupés par un foie volumineux qui paraît hypertrophié seulement aux dépens du lobe droit (peut-être une grosse vésicule?). Pas de douleur à la pression, pas de bosselures de l'organe. L'ensemble ne paraît pas fixé et descend avec l'inspiration. Contact lombaire. Pas de splénomégalie, pas d'ascite. Toucher rectal négatif. Poumons et cœur sains. Pas de bradycardie. Aucun signe de la base droite. En résumé, ictère par rétention avec hépatomégalie, sans splénomégalie ni ascite.

Diagnostic. — Néo de la tête du pancréas (Peut-être néo secondaire du foie?).

Opération (21 mars 1929). — Anesthésie locale (Butelline).

L'anesthésie locale de la paroi à la Butelline a été excellente tout le temps de l'opération. Incision transversale prolongée par une petite incision verticale médiane. Le ventre ouvert, on aperçoit un foie volumineux, mais non néoplasique, au-dessous duquel apparaît une très grosse vésicule distendue. L'exploration du cholédoque montre au doigt un néo évident des voies biliaires prenant le cholédoque et remontant presque jusqu'au confluent du cystique. On approche l'autre pylorique de la vésicule après avoir vidé cette dernière de la bile noirâtre qu'elle contient et on fait, au fil de lin en trois plans, une anastomose entre la vésicule et l'antre pylorique. Fermeture sans drainage.

Suites. — La jaunisse a disparu, l'appétit est revenu. Le malade part le 4 mai 1929.

•
AUTRES OBSERVATIONS.

TUFFIER (*Société de chirurgie*, 1902). — Fistule biliaire. Cholécysto-gastrostomie. Guérison.

LERICHE (*Lyon chirurgical*, 1913). — Sténose inflammatoire du cholédoque. Cholécysto-gastrostomie. Guérison.

GOSSET (*Société de chirurgie*, 1916). — Oblitération de la voie biliaire principale par blessure de guerre. Cholécysto-gastrostomie. Guérison.

MATHIEU (*Société de chirurgie*, 1920). — Trois crises douloureuses d'origine biliaire. Cholécysto-gastrostomies. 3 guérisons.

DELORE et WERTHEIMER (*Revue de chirurgie*, 1921). — 11 néo de la tête du pancréas. Cholécysto-gastrostomies, 3 cas survie de plus de deux ans; 6 cas où la survie dépasse six mois.

WHITE (*Surg. Gynéc. and Obstetrics*, 1920, t. XXXI, n° 5). — 3 cas d'ictère de cause différente. Cholécysto-gastrostomies. 3 Guérisons.

SANTY (*Lyon chirurgical*, 1923). — Pancréatite chronique avec ictère. Cholécysto-gastrostomie. Guérison.

COTTE (*Lyon chirurgical*, 1925). — 8 cas d'angiocholécystites chroniques non calculeuses. Cholécysto-gastrostomies. 8 Guérisons.

VILLARD-SAVY et MALLET-GUY. — *Lyon chirurgical*, 1925 : Tumeur de la tête du pancréas. Cholécysto-gastrostomie. Guérison rapide et complète.

COTTE. — *Lyon chirurgical*, mai-juin 1929 : Angiocholite chronique non calculeuse avec gros foie. Cholécysto-gastrostomie. Guérison depuis six ans.

WALTER et MAC VICAR. — *Ann. of Surgery*, vol. LXXXIX, n° 2, févr. 1929 : 7 cas de tumeurs pancréatiques non malignes. Cholécysto-gastrostomies. 6 guérisons (disparition de l'ictère et du prurit) depuis un temps variant de deux à vingt-huit mois.

II. — *Objections faites à la cholécysto-duodénostomie.*

A. — INFECTION ASCENDANTE DES VOIES BILIAIRES.

Nous avons déjà dit que l'intestin contient plus de microbes que l'estomac, le duodénum moins que le grêle, le grêle moins que le côlon. Aussi les dangers d'infection ascendante des voies biliaires doivent-ils logiquement exister après une anastomose entre vésicule et duodénum.

De fait, Hubicki et Szersynski (1) concluent, d'après leurs expériences, pratiquées sur des chiens, que la cholécysto-entérostomie provoque le plus souvent une suppuration des voies biliaires et du foie.

Par contre, M. Mocquot a présenté à la Société anatomique, en 1911, une pièce expérimentale d'anastomose cholécysto-duodénale provenant d'un chien opéré exactement six mois auparavant. L'intérêt de cette pièce réside en ce fait qu'elle a fonctionné pendant six mois sans occasionner de troubles et

(1) *Gazeta Lekarska*, t. XXX, n° 41, 8 oct. 1910.

sans entraîner d'altérations du foie. L'examen bactériologique de la bile a donné :

Bile vésiculaire. — Nombreuses cultures aérobies et anaérobies. Espèces individualisées : colibacille et staphylocoque.

La bile recueillie dans les canaux hépatiques près du hile a donné : quelques rares cultures aérobies et anaérobies. Le parenchyme hépatique est resté stérile en aérobies et anaérobies. L'examen histologique des coupes faites sur des fragments prélevés en plusieurs points du foie a permis de constater que celui-ci ne présentait pas d'altérations manifestes. Les canaux biliaires présentaient leur épithélium clair, à hautes cellules cylindriques sans aucune altération. C'est tout au plus si, en quelques points, des canaux biliaires d'un volume assez considérable, semblaient avoir une paroi un peu épaisse.

L'infection restant localisée aux gros canaux biliaires, il n'y a donc pas d'infection ascendante.

Cette observation montre donc qu'une anastomose cholécysto-duodénale peut assurer pendant longtemps l'écoulement de la bile dans l'intestin sans entraîner de phénomène d'infection biliaire ascendante.

D'ailleurs, les résultats cliniques viennent confirmer ces données : les observations trouvées dans la littérature n'ont jamais porté qu'à la suite d'une anastomose de ce genre les malades soient morts d'infection hépatique, d'hépatite suppurée, comme cela avait été maintes fois signalé au cours d'expériences faites sur les chiens. Au contraire, les suites opératoires sont en général parfaites, et nous rapportons ici trois observations de cholécysto-duodénostomie publiées par Du Bose, et dans lesquelles les résultats éloignés sont excellents :

- 1° Femme de 63 ans. Cholécysto-duodénostomie, secondaire à une cholécystostomie, en mai 1913. Suites opératoires simples et retour rapide à une excellente santé. La malade était bien en 1923.
- 2° Femme de 60 ans. Cholécysto-duodénostomie en janvier 1916. Suites opératoires normales. Sa santé est redevenue excellente; a augmenté de quarante livres.

3° Femme de 45 ans. Cholécysto-duodénostomie en juillet 1917. Convalescence normale. Les dernières nouvelles reçues de cette femme en 1922 accusent une excellenté santé. Disparition de tous les symptômes.

Il nous est donc permis de conclure ici, comme pour la cholécysto-gastrostomie, que cette objection d'infection ascendante n'est pas à retenir.

B. — DANGER DU REFLUX DUODÉNAL DANS LA VÉSICULE.

C'est une donnée physiologique contrôlée par la radiologie que, au rebours de ce qui se passe pour l'estomac, la traversée duodénale se fait avec une extrême rapidité. Il semble donc logique de penser que la situation devrait se présenter différemment après cholécysto - duodénostomie qu'avec une bouche anastomotique petite et bien placée, le reflux du duodénum vers la vésicule aurait peu de chances de se produire. Malheureusement, il n'est pas possible d'imiter la nature et de munir cette anastomose d'un sphincter. Ce qui fait que tous les procédés d'anastomose habituels ne permettent pas d'éviter sûrement et régulièrement le reflux vers la vésicule du contenu duodénal. M. Lambret donne des résultats formels à cet égard. Sur 22 malades examinés douze à vingt mois après une cholécysto-duodénostomie, et chez lesquels cette anastomose faite avec soin n'avait pas plus de 1 centimètre de diamètre, chez 14 d'entre eux, on a pu constater du reflux vésiculaire. Si l'on excepte 5 des malades opérés selon une technique spéciale, il reste donc 17 anastomoses pratiquées selon le mode classique, avec 14 reflux soit 82 p. 100. La cholécysto-gastrostomie banale est loin d'avoir un tel pourcentage de reflux.

Il faut noter, d'ailleurs, que la vésicule n'est pas plus adaptée à subir le contact du liquide duodénal que celui du liquide gastrique et comme dans l'anastomose avec le duodénum le reflux n'est pas chose rare, il semble donc qu'on doive

se trouver en présence de résultats cliniques qui ne seront pas très satisfaisants.

C'est ainsi que sur les 17 opérés selon le mode classique, M. Lambret signale :

- 5 guérisons avec reflux très transitoire;
- 4 résultats nuls, dont 2 avec reflux vésiculaire très court;
- 8 améliorations, dont 7 avec reflux vésiculaire d'assez longue durée, « les douleurs étant fonction du retard à l'évacuation ».

Il apparaît donc que le pourcentage des cas non complètement guéris par l'intervention soit assez élevé.

Pour M. Lambret, c'est là le point faible de la cholécysto-duodénostomie; « cette possibilité du reflux et du séjour plus ou moins prolongé du liquide reflué avec troubles vésiculaires en conséquence ». Le problème consiste donc à empêcher ce reflux, et l'auteur croit y être parvenu. En effet, dans 5 cas, il a employé une technique opératoire spéciale, que nous avons rapportée plus haut, et dans ces 5 cas, le reflux ne s'est pas produit : c'est là une régularité impressionnante. Bien que cette technique doive être tenue pour responsable des succès obtenus, qui ne peuvent ainsi être portés à l'actif du siège duodénal de l'anastomose, il n'en est pas moins vrai qu'en supprimant le reflux elle supprime par là une des objections faites à la cholécysto-duodénostomie.

C. — DIFFICULTÉS DE TECHNIQUE.

On a reproché à la cholécysto-duodénostomie la difficulté de son exécution. Le duodénum est plus profond, plus fixe que l'antrum pylorique, et surtout le duodénum est en rapport avec le bassin de la vésicule, tandis que c'est avec le fond de l'organe que vient en contact l'estomac. La paroi duodénale est plus mince, se prête moins bien aux sutures que la paroi gastrique. En admettant qu'on parvienne avec un peu

d'habileté à anastomoser vésicule et duodénum, il se fera un tiraillement des sutures, qui pourront finir par céder, et si la bile qui s'écoulera dans la cavité péritonéale peut ne pas entraîner une péritonite, il n'en sera pas de même pour les liquides duodénaux.

Il est certain que, en raison de la fixité du duodénum, l'opération se fait dans la profondeur et est moins commode que l'anastomose avec l'estomac. Mais ce n'est pas là un obstacle de nature à faire varier une décision opératoire : « Nous sommes à l'heure actuelle, dit M. Lambret, presque tous suffisamment entraînés à la chirurgie intestinale pour qu'un tel argument ne soit pas de nature à nous arrêter. »

On a objecté aussi que les adhérences établies entre la région bulbaire et la vésicule ne seraient pas exemptes de risques. Ne créerait-on pas ainsi opératoirement ce que les cholécystites chroniques réalisent avec des troubles certes importants? Outre l'éventualité d'une sténose, le seul fait d'une couture possible de l'angle duodénal supérieur devrait faire redouter la cholécysto-duodénostomie.

Ce sont là des arguments purement théoriques et qui ne valent pas.

Mortalité opératoire. — On prétend que la cholécysto-duodénostomie est plus grave que la cholécysto-gastrostomie. M. Lambret n'en croit rien, pour l'avoir pratiquée 27 fois de suite sans le moindre ennui postopératoire, alors même que souvent elle était le complément d'une autre opération, résection d'ulcère, gastro-entérostomie, etc.

Complications postopératoires. — Sont les mêmes que dans la cholécysto-gastrostomie. Les sutures étant exécutées dans la profondeur, les désunions sont ici une complication assez fréquente; aussi le chirurgien doit-il tout particulièrement surveiller ses sujets.

Avantage physiologique. — La cholécysto-duodénostomie rétablirait les fonctions de la vésicule d'une façon qui se rapprocherait beaucoup plus de la normale. Elle déverserait la bile là où elle est déversée normalement, dans le duodénum

RESULTATS CLINIQUES. — OBSERVATIONS

OBSERVATION IV.

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé F. PAPIN.

Mme L... (G.), 52 ans, entrée salle 1 le 28 octobre 1928.

La malade a été opérée, le 4 mars 1928, pour un ictère par rétention total qui datait de quatre mois. Amaigrissement considérable.

L'existence d'une masse palpable au-dessus de l'ombilic et d'une grosse vésicule avait fait porter le diagnostic probable de néoplasme de la tête du pancréas. La malade est très maigre et tellement déprimée que l'opération fut faite uniquement à l'anesthésie locale. On trouva une masse dure dans la tête du pancréas, présentant tous les caractères d'un néoplasme. La vésicule biliaire, extrêmement volumineux, fut vidée au trocart et anastomosée à la première partie du duodénum. Guérison sans incident.

Suites. — L'ictère disparaît en une quinzaine de jours; la malade mange, engraisse de 15 kilos et se porte admirablement bien jusqu'au 1^{er} octobre 1928. Son état général est tel que le diagnostic de néoplasme de la tête du pancréas semble douteux et qu'on espère avoir eu affaire à une pancréatite chronique.

Résultats éloignés. — Le 10 octobre, la malade recommence brusquement à souffrir et, depuis ce moment, souffre huit jours; a quatre jours de repos, puis recommence à souffrir. Les douleurs commencent à peu près toujours deux à trois heures après les repas et sont suivies de nausées, de vomissements contenant les aliments ingérés et une assez grande quantité de bile. Les vomissements, d'ailleurs, ne calment pas la douleur. Les crises durent quelquefois quelques heures, quelquefois quelques jours. En même temps, l'appétit de la malade a disparu : elle se trouve lasse et fatiguée.

Examen. — A l'examen de l'abdomen, rien de particulier. La zone douloureuse est sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. Pas de masse perceptible dans la profondeur. La malade accuse

également des douleurs dans le dos de chaque côté de la colonne vertébrale.

Radioscopie. — La baryte passe bien par le pylore et dessine bien le bulbe duodénal; à partir de ce moment, le passage dans le reste du duodénum semble difficile. Au cours de l'examen, on n'a jamais vu la baryte refluer spontanément dans la vésicule. Mais il a suffi d'exercer une pression sur le bulbe duodénal pour déterminer immédiatement une ascension de la baryte dans la vésicule.

Diagnostic. — On peut hésiter entre un fonctionnement défectueux de l'anastomose biliaire (que cependant la radioscopie n'indique point) ou une sténose duodénale; ou, d'autre part, la continuation de l'évolution d'un néoplasme de la tête du pancréas.

Tubage duodénal. — Le tubage duodénal ramène, outre des lamblia vivants, une quantité assez considérable de sang mélangé à un peu de bile, puis de la bile presque pure. Il semble donc très nettement qu'un bourgeon pancréatique néoplasique a dû faire irruption dans le duodénum.

Sortie, le 9 novembre 1928, non opérée. Souffre de l'hypocondre droit par crises avec un peu de température. Etat général déficient.

Suites. — L'évolution ultérieure a confirmé le diagnostic de cancer de la tête du pancréas.

AUTRES OBSERVATIONS.

DUJON (*XIX^e Congrès Assoc. de chirurgie de Paris, 1906*). — Obstruction du cholédoque par péritonite tuberculeuse. Cholécysto-duodénostomie. Guérison.

JUDD et LYONS, 1923 (*Ann. Surgery, 1924, 1. XVII, 473-488*). — Obstruction simple du cholédoque. Cholécysto-duodénostomie. Guérison.

DELBET (*Société de chirurgie, 1924*). — Rétrécissement du cholédoque. Cholécysto-duodénostomie. Guérison.

MULLER (*Journal de chirurgie, 1926 [28]*). — 3 cas de cancer du pancréas. Cholécysto-duodénostomies. Bonne santé constatée dans 1 cas six mois après, dans 2 cas trois mois après.

LAMBRET (*Société de chirurgie*, 1927). — Compression du cholédoque par pancréatite chronique. Cholécysto-duodénostomie. Guérison.

— 4 cas de stase vésiculaire accompagnant une fois un ulcère du bulbe, une fois une stase de la 3^e portion du duodénum. Cholécysto-duodénostomies. Amélioration nette.

LATREILLE (*Thèse de Lyon*, 1927). — 3 cas de stase vésiculaire. Cholécysto-duodénostomies. 1 bon résultat après dix-sept mois. 1 résultat imparfait après dix-neuf mois. 1 bon résultat après quatorze mois.

— Cholécytite subaiguë. Cholécysto-duodénostomie. Bon résultat quatre mois après.

CONCLUSIONS

I. — Dans les cas d'obstacle permanent au passage de la bile dans l'intestin, lorsque cet obstacle ne peut être traité directement et que d'autre part le cystique et la vésicule sont perméables, il est logique d'effectuer une anastomose cholécysto-digestive (cholécysto-gastrostomie ou cholécysto-duodénostomie).

II. — Au lieu de cette anastomose, et pour des cas du même ordre, peut être simplement pratiqué un drainage externe de la bile : cholécystostomie. Mais ce drainage à l'extérieur, parce qu'il n'est pas physiologique, ne doit s'appliquer qu'aux cas où l'on suppose que l'obstacle n'est que temporaire.

III. — Pour réaliser l'anastomose entre la vésicule et le tube digestif, on peut pratiquer une cholécysto-gastrostomie ou une cholécysto-entérostomie : chacune a ses avantages et ses inconvénients respectifs.

IV. — Aucune raison physiologique importante ne pouvant être opposée à l'une de ces techniques en faveur de l'autre, le chirurgien pourra choisir celle qui lui paraîtra le plus facile techniquement dans chaque cas particulier.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président,

BEGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 novembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Ouvrages français.*

- BAUDOUIN. — Les opérations nouvelles sur les voies biliaires. Paris, 1898.
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Résultats éloignés d'une cholécysto-gastrostomie pour syndrome bilio-hépatique. *Lyon chirurgical*, 18 nov. 1926, p. 83.
- Physiologie et technique de la cholécysto-gastrostomie. *Journ. de chir.*, mars 1928, t. XXXI, p. 321.
- BÉRARD, SAVY et MALLET-GUY. — Du mécanisme de la douleur dans les syndromes biliaires pseudo-lithiasiques : vésicules de stase et vésicules intolérantes. *Rev. de mal. du foie*, 1928, n° 1.
- BRAVET. — Les tumeurs bénignes des voies biliaires extra-hépatiques. Thèse de doctorat Lyon, 6 déc. 1913. 97 p.
- BROCQ et MOREL. — Pancréatite expérimentale. Soc. de chir., 7 janv. 1914 (rapport de P. Delbet)
- CANNAC. — De la cholécysto-gastrostomie. Thèse de Bordeaux, 1897, n° 13, 62 p.
- CHARRIER (J.) et M. THALHEIMER. — Les cholédocytes inflammatoires. *Arch. des mal. de l'app. digestif et des mal. de la nutrition*, t. XIX, n° 5, mai 1929.
- CHIRAY. — Physiologie de la vésicule biliaire. *Presse médicale*, 30 mai 1925.
- CHIRAY, PAVEL, MILOCHEVITCH. — La cholécystatonie : Etats hypotoniques et atoniques de la vésicule biliaire. *Presse médicale*, sept. 1925.

- CHIRAY et PAVEL. — Contractilité de la vésicule. *Journ. de physiol et de pathol. gén.*, 1923.
- CHUTRO. — Lésions du pancréas; obstruction complète du cholédoque : anastomose de la vésicule biliaire à l'estomac. *Soc. de chir.*, 1918, p. 1279.
- COTTE. — La cholécysto-gastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses d'origine biliaire ou de cirrhoses biliaires sans lithiasse. *Lyon chirurgical*, mars 1923, p. 621.
- Cholécysto-gastrostomie pour crises douloureuses d'origine biliaire. *Lyon chirurgical*, 1924, p. 322.
- Sur la cholécysto-gastrostomie dans le traitement des angiocholécystites chroniques non calculeuses. *Soc. de chirurgie*, 22 avril 1925.
- Angiocholécystite chronique non calculeuse avec gros foie : cholécysto-gastrostomie il y a six ans. Guérison persistante. *Lyon chirurgical*, 21 mars 1929, p. 453.
- COYON. — Flore microbienne de l'estomac. Thèse de Paris, 1900.
- DASTRE. — Recherches sur la bile. Action de la bile sur la digestion gastrique. *Arch. de physiol.* 5^e série, t. II, p. 316, Paris, 1890.
- DELAGÉNIÈRE (H.). — De la cholécystentérostomie ou abouchement de la vésicule dans l'intestin. Thèse de Paris, 1889-90, n° 66, 140 p.
- DELBET (P.). — Cholécysto-entérostomie. *Soc. de chirurgie*, 10 juill. 1895 (Discussion 29 janv. 1896).
- Ictère, coliques hépatiques subintrantes; cholécysto-duodénostomie. Guérison. Rapport par Broca. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, 1896, XXII, p. 569.
- Rapport des travaux de Brocq et Morel sur la pancréatite expérimentale. *Soc. de chir.*, 6 janv 1914.
- Rétrécissement du cholédoque : cholécysto-duodénostomie. *Soc. de chir.*, 10 déc. 1924.
- DELORE et WERTHEIMER (Lyon). — Les anastomoses entéro-biliaires. *Rev. de chir.*, 1921, t. LIX, n° 6, p. 400-418.
- DELORE, WRETHERIMER et GÉLAS. — Cholécysto-gastrostomie. *Soc. nat. de méd. et des sc. méd. de Lyon*, 25 mai 1921.

- DUBARD. — Cholécystentérostomie pour ictère prolongé par calcul du cholédoque chez une jeune fille de 24 ans. *Bourgogne médicale*, XXIX, n° 3, mars 1923, p. 57.
- DUJON (de Moulins). — Cholécysto-duodénostomie pour imperméabilité du cholédoque consécutive à des adhérences péritonéales, reliquat de péritonite tuberculeuse. Guérison. XIX^e Congrès de l'Assoc. franç. de chir., Paris, 4^{er}-6 oct. 1906.
- DUPRÉ. — Les infections biliaires Thèse de Paris, 1891.
- FAURE (J.-L.) et G. LABEY. — Cholécysto-entérostomie ou entérostomie biliaire. In *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet.
- GLEY et LAMBLING. — Sur les conditions dans lesquelles se manifestent les propriétés antiseptiques de la bile. *Rev. biol. du Nord de la France*, I, 1888.
- GOSSET (A.). — De l'incision transversale dans les opérations sur la vésicule et les voies biliaires. *Bull. et mém. Soc. de chir.* n° 31, 8 oct. 1912, p. 1174 à 1182.
- Cholécysto-gastrostomie pour oblitération de la voie principale par blessure de guerre. Soc. de chir., 3 mai 1916; *Bull. et mém.*, t. XLII, n° 16, p. 1109 à 1112.
- HARTMANN. — Chirurgie des voies biliaires. Paris, 1923.
- JABOULAY. — La cholécysto-gastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas. *Lyon médical*, 20 nov. 1898, t. LXXXVI, p. 365.
- Cholécysto-gastrostomie. *Lyon médical*, 24 juill. 1910, p. 108 à 112.
- LAMBRET. — Le drainage interne de la vésicule : cholécysto-duodénostomie à trajet intrapariétal. *Presse médicale*, 7 sept. 1927, p. 1089 à 1091; *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, 29 juin 1927.
- LATREILLE. — Les vésicules avec stase biliaire. Essai pathogénique et thérapeutique. Thèse de Lyon; 1927.
- LEJARS. — Indications et technique des anastomoses bilio-intestinales. *Semaine médicale*, 25 janv. 1911, t. XXXI, n° 4.
- LENORMANT. — Opération radicale du cancer vatérien. *Presse médicale*, 8 févr. 1913.
- LERICHE. — Sténose inflammatoire du cholédoque : cholécysto-gastrostomie; guérison. *Lyon chirurgical*, 9 janv. 1913.

- LÖPER. — La tension vésiculaire douloureuse en dehors de la lithiase. *Leçons de pathologie digestive*, 5^e série, p. 250, Masson et C^{ie}, Paris, 1922.
- LÖPER et KERMORGANT. — La contamination microbienne et la défense de l'estomac. *Progrès médical*, Paris, 1926, p. 755-759.
- LUBIN. — Anastomoses bilio-digestives. Thèse de Paris, 1926, 158 p.
- MALLET-GUY. — Pancréatites chroniques avec ictère. Causes, diagnostic et traitement. Valeur et résultats éloignés de la cholécysto-gastrostomie. Thèse de Lyon, 1925.
- MASSÉ (E.). — De la cholécysto-gastrostomie. XII^e Congrès français de chirurgie, 1898, p. 300-310.
- MATHIEU (P.). — Rétrécissements non néoplasiques des voies biliaires principales. *Rev. de chir.* 1908, p. 61 et 174.
- La cholécysto-gastrostomie dans le traitement de certaines crises douloureuses d'origine biliaire. *Soc. de chir.*, 27 oct. 1920, p. 1200. Discussion, 10 nov. 1920, p. 1261.
- MATHIEU (P.) et VILLARD. — Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires principales. Rapport au XXXII^e Congrès français de chirurgie, 1923.
- MOCQUOT (P.). — Anastomoses de la vésicule biliaire avec l'estomac et le duodénum. *Soc. de biol.*, 8 juill. 1911, p. 118.
- Anastomose cholécysto-duodénale (pièce expérimentale). *Soc. anat. de Paris*, 30 juin 1914, p. 362.
- PATEL. — 3 cas de cholécysto-gastrostomie comme traitement de la rétention biliaire au cours du cancer de la tête du pancréas. *Lyon médical*, 1900, t. XCV, p. 186.
- PAUCHET. — Chirurgie des voies biliaires. *Journ. de méd. de Paris*, 1921, n^o 28, p. 519.
- Quelques détails sur la chirurgie biliaire. *Journ. des praticiens*, 12 nov. 1921, n^o 46, p. 759.
- PAULET. — Anomalies des voies biliaires. *Encyclopédie des sciences médicales*, 1876.
- PERRIN. — La cholécysto-gastrostomie dans l'occlusion supposée complète et directement irrémédiable du cholédoque. Thèse de Lyon, 1901-1902, n^o 96, 171 p.

- PICQUÉ. — Calcul du cholédoque : cholécystostomie, cholécysto-gastrostomie; cholécystectomy. Guérison. Soc. de chir., 30 mai 1900.
- QUÉNU. — Un cas d'obstruction apparente des voies biliaires traité par l'abouchement de la vésicule à l'estomac. Soc. de chir., 18 mai 1898.
- ROGER (H.). — Quelques considérations sur le rôle de la bile. *Presse médicale*, 19 févr. 1913, p. 137.
- SANTY. — Cholécysto-gastrostomie pour pancréatite chronique. Soc. de chirurgie de Lyon, 15 mars 1923.
- SCHWARTZ. — Sur la cholécysto-gastrostomie. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1923, LI, 484.
- SOULIGOUX. — Gastro-entéro-anastomose, entéro-anastomose, cholécystentéro-anastomose sans ouverture préalable de la cavité des organes à anastomoser. *Presse médicale*, 1896, p. 349.
- TERRIER. — Remarques cliniques sur un cas d'obstruction du canal cholédoque avec dilatation de la vésicule biliaire. Laparotomie. Ponction de la vésicule. Cholécysto-entérostomie. Guérison. *Revue de chirurgie*, 1889, p. 973.
- Remarques sur deux cas, l'un de cholécysto-duodénostomie, l'autre de cholécysto-gastrostomie. *Revue de chirurgie*, 1896, p. 169-185.
- TILLAUX (P.). — Communication sur la cholécysto-entérostomie. *Bull. et mém. Soc. de chirurgie*, 1890, p. 290.
- TUFFIER. — Calcul du cholédoque : cholécystotomie; extraction des calculs par refoulement; cholécysto-gastrostomie. Guérison. Soc. de chir., 5 mars 1902.
- VILLARD et MATHIEU (P.). — V. MATHIEU (P.) et VILLARD.
- VILLARD, SAVY et MALLET-GUY. — Cholécysto-gastrostomie. Soc. nat. de méd. et des sc. méd. de Lyon, 27 mai 1923.
- VILLARD et RICHER. — La cholécysto-gastrostomie. *Rev. de chir.*, 1923, n° 6, p. 433.
- WEISS (A.-G.). — La dérivation de la bile dans les occlusions non lithiasiques des voies biliaires. Contribution à l'étude des indications et des techniques opératoires. Thèse de Strasbourg, 1923.

II. — *Ouvrages étrangers.*

- AGRIBOGLIO. — Recherches expérimentales sur la cholécysto-gastrostomie. *Annali italiani di chirurgia*, an. II, fasc. 12, 20 déc.
- ANSCHÜTZ. — Contribution aux anastomoses des voies biliaires avec l'intestin. Soc. des chirurgiens allemands du Nord-Ouest, Kiel, 21 juin 1913.
- ARAPOFF. — Un cas d'anastomose entre la vésicule biliaire et le duodénum. *Chirurgia*, Moscou, t. XXXIV, n° 200, août 1913.
- BABCOCK (N. W.) (Philadelphie). — Cholécysto-gastrostomie et cholécysto-duodénostomie. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. 1, n° 8, p. 834-839.
- BARDELEBEN. — Erfahrungen über cholecystektomie und cholecysto-enterostomie nach 286 Gallenstein Laparotomie. Iéna, 1906, 132 p.
- BELTRAN. — Cholécysto-duodénostomie pour cholécystite avec pancréatite consécutive. *La prensa Medica*, t. III, n° 3, 15 mars 1912.
- BLOS. — Le traitement chirurgical des infections de l'appareil biliaire au moyen du drainage permanent institué par cholécysto-duodénostomie. *La Semana medica* (Buenos-Aires), an XXX, n° 50, 13 déc. 1923.
- BOGORAS. — Sur la cholécysto-gastrostomie dans l'ulcère gastrique; un nouveau procédé opératoire du traitement de cet ulcère. *Archive für Klinische chirurgie* (Berlin), fasc. 1, 26 janv. 1925.
- DEAVER. — Obstruction of the common bile duct. *Philadelphia Medic. Journal*, 6 octobre 1900.
- DEPAGE. — Cholécysto-gastrostomie et gastro-entérostomie pour tumeur rétropéritonéale comprimant les voies biliaires et le duodénum. Soc. clinique des hôp. de Bruxelles, 9 févr. 1907.
- DR BOSE. — Cholécysto-gastrostomie et cholécysto-duodénostomie. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, vol. XXXIV, sept. 1924.

FRENKEL. — L'influence de la cholécysto-gastrostomie sur le chimisme gastrique dans l'ulcus duodénal. *Zentralblatt für chirurgie*, Leipzig, an LII, n° 26, 27 juin 1925.

JUDD. — Surgical treatment in cases of obstructive jaundice. *Practitioner*, CXVIII, déc. 1926, n° 6, p. 357.

LEHMAN. — Hepatitis following cholécystogastrostomy. *Arch. Surg.*, Chicago, 1924, IX, 16.24.

MALCOLM. — Cholécysto-duodénostomie pour émaciation aiguë consécutive à une fistule biliaire. Soc. royale de méd. de Londres. Section clinique, 10 déc. 1909.

MARIANI (G.). — Cholecysto-gastrostomie pour occlusion chronique du cholédoque : état normal de la fonction et du contenu gastrique au bout de deux ans et demi. *La riforma medica*, 6 avril 1912, p. 371 à 373.

MAYO ROBSON (A. W.) (Leeds). — Quelques formes d'ictères qui peuvent être supprimés ou guéris par le traitement chirurgical : considérations sur l'opération de la cholécystentérostomie basée sur une expérience de 64 cas. *The Lancet*, 1909, 6 févr., p. 381 à 475.

MULLER. — Hepatitis following cholecystogastrostomy. *Ann. Surg. Phila.*, 1926, LXXXIV, 95-99.

MURPHY (J. B.). — Operative Surgery of the Gall tracts with original report of successful cholécystentérostomies by means of the anastomosis button. *Med. Record*, 1894, p. 35 et 68.

MURPHY. — Cholécystentérostomie. 20 opérations pour cholélithiase chez l'homme exécutées à l'aide du bouton anastomotique avec 20 succès. XI^e Congrès international de Rome, 29 mars-5 avril 1894.

RUGGERO ODDI. — Azione della Bile sulla digestione gastrica. Perugia, 1887.

REED (C.). — Indications et résultats des différentes opérations sur les voies biliaires. Assoc. méd. de la Vallée du Mississipi, 11-12-13 oct. 1904.

DO RIO BRANCO. — De la position opératoire en lordose dans les interventions sur les voies biliaires. *Rev. médico-chir. di Brazil*, 1907, p. 275 à 290.

- SPASSOKOUKOTSKY. — L'anastomose entre la vésicule biliaire et l'estomac comme méthode normale. XI^e Congrès des chirurgiens russes, Moscou, 19.22 déc. 1912.
- SRETTON. — Cholécysto-gastrostomie. *The British medical Journal*, Londres, 30 sept. 1922.
- TAGLIAVACCHE (M.). — Nouveau procédé de cholécysto-entérostomie. *La Prensa medica*, Buenos-Aires, t. VI, n^o 15, 30 oct. 1919.
- VIRILIO (F.). (Padoue). — Etude de la flore bactérienne de l'estomac, du duodénum et des voies biliaires dans les maladies chirurgicales de ces organes. *Archivio italiano di chirurgia*, t. IX, fasc. 4, juin 1924, p. 393 à 418.
- WALTERS. — Cholécystgastrostomy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juin 1926, n^o 6, p. 825.
- WICKOFF (Max) et ANDELBERGER. — Observations de cholécysto-gastrostomie. *Wiener klin. Wochenschrift*, n^o 18, p. 325, 1893.
- WINIWARTER (Von). — Un cas de cholécystentérostomie. *Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège*, 1891, p. 277-282.

